Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

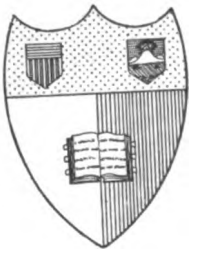
+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

Digitized by Google

HD
7177
A66+
v.38



Cornell University Library
Ithaca, New York

BOUGHT WITH THE INCOME OF THE

SAGE ENDOWMENT FUND

THE GIFT OF

HENRY W. SAGE

1891

Digitized by Google

CORNELL UNIVERSITY LIBRARY
3 1924 093 476 160

Digitized by Google

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.
Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Senatspräsident a. D. u. a. m.

38. Jahrgang 1921

Berlin-Lichterfelde
Verlag der „Arbeiter-Versorgung"

CORNELL UNIVERSITY LIBRARY
Digitized by Google

20/VII/22 S

A515285

Übersicht

der in den folgenden Verzeichnissen gebrauchten Abkürzungen.

AG. = Amtsgericht.
AOKK. = Allgem. OKK.
AV. = Angestelltenversicherung.
AVG. = Angestelltenversicherungsgesetz.
Bek. = Bekanntmachung.
BG. = Berufsgenossenschaft.
BKK. = Betriebskrankenkasse.
Besch. = Bescheid.
Beschl. = Beschluß.
Entsch. = Entscheidung.
Erl. = Erlaß.
Ges. = Gesetz.
IV. = Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.
KK. = Krankenkasse.
KV. = Krankenversicherung.
LG. = Landgericht.
LKK. = Landkrankenkasse.
LVA. = Landesversicherungsamt.
LVAnst. = Landesversicherungsanstalt.
MV. = Militärversorgung.
MVG. = Militärversorgungsgericht.
OKK. = Ortskrankenkasse.
OLG. = Oberlandesgericht.
OVA. = Oberversicherungsamt.
OSG. = Oberschiedsgericht für AV.
RAM. = Reichsarbeitsminister.
Rek. = Rekurs.
Rev. = Revision.
RG. = Reichsgericht.
RMVG. = Reichs-MVG.
RVA. = Reichsversicherungsamt.
RVAnst. = Reichsversicherungsanstalt für Angestellte.
RVG. = Reichsversorgungsges.
RVO. = Reichsversicherungsordnung.
SG. = Schiedsgericht für AV.
Urt. = Urteil.
UV. = Unfallversicherung.
VA. = Versicherungsamt.
VAnst. = Versicherungsanstalt.
Vo. = Verordnung.

Übersicht

derjenigen Gesetze, Verordnungen und Bekanntmachungen, aus denen im Jahrgang 1921 Vorschriften erörtert sind.

Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:	Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:	Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:
Reichsversicherungsordnung.					
5	566.	69	281.	128/129	439, 608.
8	464.	80	508.	129	347, 548, 610.
13/14	51.	83	565.	130	7.
16	228, 557.	105	565.	131	347, 568, 586, 608.
18/19	306, 519.	107	279.	135/136	406, 487.
19	638.	110	563, 564.	139	538.
21	186, 187, 200, 539, 558.	115	177, 495, 535, 687.	141	24, 25, 212.
23	60, 560, 627.	115—117	487, 495.	141/142	678.
24	36, 199, 519, 637, 638, 678.	116	495.	146	306, 307, 309.
		117	318, 495.	147	540.
25	60, 158.	119	21, 189, 240, 302, 303, 309, 473, 488, 558, 677.	149	270, 384, 539.
26	298.			149/150	531.
28	3, 177, 306, 493.	120	389, 472, 488, 503.	150	251.
28/29	119.	122	77, 105, 187, 258, 259, 468, 469, 619.	151/152	270, 354.
29	159, 220, 328, 568, 580, 587, 621.			153	147, 363.
		122/123	216, 438.	153/154	388, 679.
30	242, 439, 499, 610, 631.	123	54, 698.	154	371.
30/31	59, 60, 140, 160, 178, 420.	124	537.	157	77.
		124 ff.	20, 487.	160	159, 278, 381, 383, 384, 588, 592, 596.
33	658.	125	160.		
35	310, 495.	126	119, 537.	162	251, 308, 363, 520, 619, 698.
40	384.	127	20.		
59	371, 372, 508, 509, 569, 692.	127—134	487.	165	2, 3, 29, 51, 59, 78, 79, 87, 90, 92, 98, 140, 158,
		128	311, 338, 412.		

Digitized by Google

Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:
	180, 218, 230, 236, 258, 296, 319, 338, 369, 380, 400, 492, 520, 537, 569, 619, 642, 659, 679, 698.
165 ff.	90, 318.
168	38, 58, 59, 120, 160, 659, 679.
169	89, 93, 98, 99, 157, 209, 276, 325, 368, 372, 400, 411, 523, 548, 571.
170	89.
172	89, 276, 523, 548.
174	159, 258, 317, 420.
175	439.
176	2, 3, 12, 78, 90, 91, 98, 99, 119, 128, 157, 248, 257, 459, 476, 604.
176 ff.	611.
177—182	24.
178	248.
179	60, 155, 180, 187, 259, 298, 318, 392, 534.
180	29, 66, 99, 158, 174, 245, 249, 350, 365, 393, 459, 596, 617, 699.
180 181	288.
182	11, 52, 66, 80, 106, 109, 116, 120, 167, 177, 180, 185, 187, 239, 260, 310, 311, 317, 320, 338, 349, 350, 372, 375, 378, 379, 391, 421, 438, 439, 459, 469, 479, 499, 538, 540, 560, 591, 599, 619, 640, 698, 699.
182 ff.	20, 40, 60, 79, 90, 200, 321, 359, 379, 559.
183	18, 80, 89, 101, 107, 259, 277, 298, 323, 391, 440, 460, 560, 640.
183/184	580.
184	5, 11, 40, 80, 159, 178, 288, 378, 438, 496, 534, 540, 560, 585, 640, 677, 690.
184 185	187, 591.
186	288, 299, 307, 540, 546, 559, 585, 640, 698.
187	176, 187, 259, 323, 421, 424, 440, 538, 584.
187 188	298.
188	20, 108, 119, 439, 499, 538, 619, 640, 658, 699
189	500.
190	638.
191	20, 219, 391, 440, 560.
192	104, 180, 278, 297, 340, 425, 558, 638.
193	40, 80, 187, 375, 421, 424, 528, 585, 659, 697, 698, 699.
194	220, 240, 440, 479, 540, 586, 673.
195	100, 128, 168, 235, 258, 339, 372, 380, 445, 458, 571, 626.
195a	5, 18, 52, 53, 66, 77, 78, 91, 102, 103, 104, 116, 119, 128, 140, 167, 168, 199, 234, 247, 250, 257, 259, 298, 317, 340, 358, 360, 379, 380, 443, 444, 446, 447, 458, 460, 479, 489, 490, 498, 519, 536, 537, 539, 559, 560, 569, 571, 579, 596, 610, 626, 639, 693.
195a—195c	120, 129.
195b	102, 104, 219, 447, 489, 519.
195c	52, 105, 115, 116, 167, 235, 257, 318, 444, 559, 569, 610, 626.
196	120, 257, 559, 626.
196/197	317, 599.
197	77, 91, 92, 100, 120, 198, 199, 248, 257, 258, 278, 279, 337, 340, 366, 379, 448, 460, 479, 480, 489, 500, 519, 560, 626.
197a	628.
199	638.
202	579.
203	61, 63, 87, 102, 180.
205	38, 60, 90, 180, 187, 201, 220, 359, 428, 440, 490, 500, 520, 536, 580, 677.
205a	5, 18, 27, 38, 52, 66, 77, 87, 90, 91, 100, 115, 120, 128, 119, 167, 198, 240, 248, 250, 259, 289, 297, 300, 337, 358, 360, 372, 380, 392, 431, 443, 448, 458, 460, 479, 489, 490, 500, 519, 536, 537, 539, 579, 589, 596, 600, 610, 626, 677, 693, 698.
205a—205d	449.
205b	116, 186, 187, 239, 359, 372, 428, 490, 500, 579.
205c	38.
205d	27, 199, 240, 289, 337, 698, 699.
206	78, 392, 431.
207	439.
207—209	499.
208	220, 359, 438, 440, 513, 692.
210	103, 639.
211	51, 179, 250, 429.
212	67, 199, 310, 358, 372, 430, 447, 479, 489.
213	92, 140, 219, 248, 611.
214	31, 40, 78, 79, 80, 100, 149, 159, 179, 180, 200, 260, 299, 322, 359, 372, 380, 392, 399, 443, 459, 480, 509, 537, 570, 645, 679, 693.
215	3, 26, 119, 128, 239, 248, 277, 392, 569.
216	160, 210, 260.
218	449, 490.
219	76, 93, 195, 245, 481, 606, 628, 682.
220	682.
221	177.
221/222	178.
222	76, 78, 195, 247, 560, 607, 628.
223	18, 60, 102, 219, 220, 279, 302, 304, 306, 307, 500, 587, 623, 625.
224	78, 92, 219, 319, 379.
225	257, 258, 279, 640.
227	289.
233—238	587.
234	551, 611, 640.
235	586.
245	37, 39, 338, 454, 460.
245/246	523.
250	319, 360.
252 ff.	373, 412.
254	40, 412, 524.
255	37, 460.
258	412, 414, 453, 550.
264	289.
273	279.
274	140.
280	119.
280 ff.	39, 119.
282	119.
284	119.
285	59, 278.
286/287	119.
288	278.
290	59.
294/295	178.
296—298	59.
298	37, 39.
298—305	59, 278.
300	66, 338, 570, 611, 676.
303	140, 420, 612, 676.
306	78, 139, 492, 679.
310	3.
311	31, 79, 80, 100, 179, 200, 245, 322, 392, 429, 480, 509, 511, 639.
312	139, 319, 537.
313	18, 31, 80, 93, 98, 128, 140, 157, 245, 248, 249, 303, 323, 325, 339, 372, 399, 410, 420, 443, 491, 509, 510, 534, 570, 611, 629, 679, 697, 698.

Digitized by Google

Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:
314	3, 19, 139, 159, 220, 270, 271, 339, 360, 443, 540, 611.
315	219.
317	3, 19, 93, 220, 318, 340, 367, 400, 491, 523, 524, 587, 689.
318	39, 179, 570, 689.
319	339, 689.
321	270, 453.
324	65, 188, 202, 373, 392, 412, 428, 529, 659.
326	116, 241, 318, 413.
327	219, 519, 637.
328	491.
333	491.
334	658.
335	557, 598, 658.
338	219, 637.
339	598.
340	367.
342	560, 566.
345	258, 560.
346	563.
347	65, 116, 211, 212, 242.
349	566.
349 ff.	59, 561, 582.
351	419.
351 ff.	244.
352	150, 565.
353	59, 565.
354	244, 306, 529.
355	116, 129, 561, 582, 590, 647.
356	115, 116, 169, 241, 590.
358	368, 570, 582, 630.
359	232, 368, 647.
361	59.
362	200, 558.
363	60, 160, 277, 377, 438, 467, 499, 693.
366	647.
366/367	118.
368	6, 22, 77, 103, 179, 277, 341, 468, 640, 689.
370	11, 342, 687.
371	60.
374	22, 138.
377	140, 242, 565, 566, 631.
380 ff.	637.
383	20, 78, 323, 340, 430, 454. 480.
384	186, 201, 202, 220, 258, 259, 372, 429.
385	66.
387	420.
388/389	258.
390	36.
393	1, 270, 540.
394/396	303.
397	3, 19, 20, 66, 93, 240, 278, 279, 300, 324, 339, 367, 372, 419, 492, 630, 648.
404	368.
405	157, 177, 180, 311, 378, 414, 534, 597, 611.
406	515.
406 ff.	465.
407	564.
413	167.
414	564, 628.
417	80.
418	255, 439, 449.
420	358, 637.
420—423	104, 358.
425	104, 358, 637.
426—433	369.
435	256, 449.
437	188, 438.
439	38.
440	279.
441	587, 592, 679.
442	231, 399, 537.
445	306, 439.
447	537, 539.
449	537.
450	539.
452	304.
459	679.
459—465	318.
466	363.
475	387.
479	520.
480 ff.	440.
483	304.
488	364.
494	18, 98, 159, 168.
495	26.
500	443.
503	637.
514	325.
516	326.
517	39, 218, 257, 278, 279, 340, 359, 369, 420, 480, 509, 510, 637, 676, 689.
517 ff.	177, 258.
518	27, 279, 368.
519/520	39, 510.
520	359, 510.
521	278, 279, 359.
524	689.
529	179, 180, 212, 439.
529—536	306.
530	381, 509, 540, 638.
530/531	3, 491, 618, 678.
531	36, 160, 439.
534	160.
537	169, 233, 251, 568, 572, 631, 690.
537 ff.	338.
538	226, 251.
539/540	131.
544	251, 312, 402, 620, 670.
544/545	407.
548	251, 402.
550	251, 360, 408.
555	20, 332, 419, 557.
555 ff.	423.
558	158, 359, 371, 419, 526, 591, 612, 677.
562	181, 185.
563	251, 352, 404.
563—571	690.
564 ff.	568.
565	690.
567	690.
571	330.
572	690.
573	220, 260, 499, 538, 589, 578, 659.
576	500, 539, 578, 659.
577	170, 252, 354, 399, 406.
579	170, 423, 424.
580	423.
581	318.
582	422
584	39, 158, 517, 591.
585	170.
586	20.
588	20.
607	538.
608	219.
608 ff.	159.
609	87.
611	39, 158, 159.
612	373, 624.
614	573.
615	70, 295, 326, 481, 486 535.
617	484, 624.
622	306.
624—628	629.
631	131.
633/634	559.
634	572.
643	131.
646	131.
673	130, 247, 371.
686	404.
694	647.
697	647.
705	167.
782	251, 353, 406.
736	423.
738	494.
777/778	489.
780—782	489.
783	360.
800	247.
823	539.
843	181.
851	307.
870	307.
875	229.
896	251, 402.
898	558.
899	303, 307.
903	173, 303, 558.
903/904	306, 307.
908	381.
908 ff.	307.

Digitized by Google

Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:
909	247.
914	307.
918/919	80.
923	251, 402.
925	251, 402.
927	251, 403.
930 ff.	578.
931—935	407.
936	251, 253, 407, 475, 330, 353, 354, 382.
936a	251, 253, 408, 475.
936b	251, 408.
939	251, 352, 405.
955	308.
975	404.
1006	251, 354, 406.
1017	251, 353, 406.
1043	381.
1046	407.
1049	407.
1059	251, 402.
1063	251, 353, 402.
1067	382.
1067—1071	251, 252, 354, 408.
1073	251, 352, 405.
1079	251, 352, 405.
1084	354, 406, 407.
1116	482.
1117	308.
1170	251, 406.
1220	381.
1226	87, 100, 132, 287, 298, 338, 599, 617, 697.
1226 ff.	156.
1227	639.
1228/1229	362.
1229	308.
1231	1, 2.
1233	248, 481, 552, 569.
1234	156, 395.
1243	651.
1245	592, 652, 656.
1245—2247	470, 653.
1246	382.
1249/1250	470.
1252	54, 309, 470.
1253	248, 393, 587, 621, 624.
1255	157, 649.
1259	632.
1264	309, 470, 623.
1268	470.
1269	422, 424.
1276/1277	389, 472, 503.
1280	470, 507, 580, 650.
1283	569, 651.
1285	470.
1287	477.
1287—1289	470.
1288	477.
1291	389.
1291—1293	470.
1296	309, 471, 629.
1297	471, 624.
1298—1299	54.
1300	471.
1301 ff.	42.
1303	54, 471.
1304	649.
1305	422, 424, 558, 623.
1311	189, 389, 471, 473, 488, 506.
1311 ff.	278, 473.
1312	473.
1312 ff.	471.
1313	278, 482.
1316	471, 570.
1318	309, 633.
1324	308, 471.
1325	302, 309, 471, 473.
1331 ff.	79.
1360	394, 559.
1360—1380	472, 507.
1372	471, 559.
1387	20, 191, 339, 374, 415.
1387—1393	471.
1388	190.
1389	434.
1390	477.
1392	53, 190, 191, 192, 254, 255, 472, 471.
1393	20, 99, 507.
1395	506.
1395—3991	471.
1400/1401	471.
1401	471, 507.
1403 ff.	471, 472, 536.
1411/1412	145, 191.
1412	162, 265.
1413	43.
1416	632.
1426	20.
1426 ff.	53, 146, 190, 192, 255.
1428	192.
1428 ff.	43, 266.
1429	143.
1430	43, 144.
1432	471.
1432/1433	134, 146.
1433	44, 190.
1436	362.
1439	308, 471.
1442/1443	43.
1445	651, 671.
1446	146, 328.
1447	140, 479.
1447 ff.	144, 192.
1449	536.
1455	649.
1456	140.
1458	471.
1459	44, 145, 165, 191, 192.
1461	44, 146, 269.
1462 ff.	254, 255, 261, 266.
1465 ff.	192.
1469	254, 255, 261, 266.
1472	43, 53, 255, 477.
1472 ff.	471, 472.
1489	309.
1501	139, 288, 488, 569, 612.
1501 ff.	39, 159, 359, 559, 620, 677.
1503	38, 139, 195, 303, 310, 612.
1503/1504	288.
1506/1507	172, 288, 308, 325.
1508	623.
1509	18, 95.
1510	620.
1511	488, 676.
1512	673.
1513	139, 372, 411, 423, 424, 569, 631, 673.
1514	195, 508, 631.
1515	612, 631, 678.
1518	426, 658.
1518—1521	320.
1520	426.
1522	262, 308, 372, 389, 488, 506.
1522 ff.	559.
1524 ff.	213, 636.
1525	247.
1526	390.
1528	5.
1528/1529	488.
1531	21, 22, 165, 170, 180, 188, 389, 472, 488, 503.
1531 ff.	5, 38, 58, 100, 200, 239, 302, 310, 319, 322, 436, 438, 450, 539, 558.
1532/1533	79, 172.
1533	22, 38, 119, 180.
1534/1535	172.
1536	389, 472, 503.
1538	248.
1539	5, 166, 279, 310.
1540	100, 165, 171, 558.
1540 ff.	23.
1541	389, 472, 488, 503.
1542	40, 160, 219, 277, 288, 302, 308, 320, 340, 414, 424, 488, 535, 558, 633, 678, 699.
1544	288, 389, 472, 488, 503.
1545	79, 80, 100, 103, 158, 177, 278, 399.
1546	624.
1551	399.
1559	227.
1562	227.

Digitized by Google

Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:	Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:	Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:
1564	227.	1685	400.	1699	608.
1567	227.	1686	177, 359.	1700	371, 568.
1571	527, 528, 679.	1686 ff.	11, 93, 534.	1708	394, 426.
1571— 1579	487.	1640	19, 426.	1710	7.
1574/1575	527.	1650	194.	1713	608.
1576	528.	1652	679.	1715	95.
1579	528.	1658	194, 420.	1723	568.
1583	18, 403, 439, 527, 568.	1670	59, 305, 307.	1734	439.
1591	18, 194.	1671	233.	1738	247.
1591 ff.	405, 456.	1673	248, 310.	1743	361, 455, 570.
1594	5.	1675	18, 278, 420, 463.	1745	371.
1595/1596	692.	1677	19, 487.	1757	633.
1598	687, 691, 692.	1678/1679	427.	1759	692.
1600	692.	1679	233.	1771	92, 426.
1601/1602	5.	1680	420.	1771/1772	171.
1605	5, 691.	1680— 1793	427.	1772 ff.	558.
1606	18.	1682	7.	1774	171.
1607	439.	1684— 1686	406, 487.	1778	92, 247, 426.
1608	247.	1690	427.	1780	192, 386.
1610	371.	1690— 1698	406, 487.	1783	550.
1613	264.	1692	439.	1785	192.
1616	264.	1693	66, 92, 168, 250, 253, 296, 372, 373, 378, 393, 454, 508, 509, 512, 571, 692.	1791	439.
1624/1626	473.	1695	426.	1791 ff.	311.
1626	278.	1696	372, 473.	1792	631.
1629	473.	1697	399.	1793	392, 412.
1630	461.			1797	565, 631.
1630 ff.	278.			1799	210, 296, 373, 378, 393, 454, 508, 509, 565.
1631	439.			1802	305, 307, 508.
1633	59.			1803	372.
1634	305.				

Gesetz über Wochenhilfe und Wochenfürsorge

vom 26. September 1919.

1 ff.	90, 129, 201, 441, 489, 570, 699.	10	5, 66, 149, 250, 289, 392, 431, 449.	17 ff.	289.
2	250, 289, 571.	12	449.	20	64.
8	26, 53, 289, 290.	14	38.	23	64, 451.
9	53.	17	5, 65, 66, 195, 338, 439, 455, 519.	24	53.

Gesetz, betr. Änderung des Gesetzes über Wochenhilfe und Wocheufürsorge vom 26. September 1919

vom 30. April 1920.

1	66.	4	5.	17	27, 38, 65, 195, 589.
1 ff.	64, 91, 102, 129, 235, 383, 441.	8	38.	19	448.
		9	27, 38.		

Reichsversorgungsgesetz

vom 12. Mai 1920.

1	114, 274, 475, 569.	7	474.	14	20, 178, 246, 299, 459, 515, 599, 606, 639.
1 ff.	32, 41, 53, 248, 254, 262, 263, 457, 472, 603.	8	177, 244, 290, 298, 329, 349, 599, 639.	15	20, 246, 299, 607, 639.
2	331, 332.	12	99, 173, 177, 245, 298, 349, 351, 459, 498, 604.	17	246.
4	235.			24	114, 332.
4 ff.	292, 474.	13	20, 178, 235, 246, 299, 546.	25	111, 332.

Digitized by Google

Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:	Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:	Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:
29	604.	45 ff.	395.	70	274.
30	547.	49	475.	87	604.
32	474, 596.	51	604.	88	151.
33	474.	52	474.	89	525, 526.
36	395.	54	475.	92	151, 278, 292.
38	293.	55	278, 299.	93	152.
40	596.	62	517.	94	569.
41	633.	63	333, 375, 459, 524.	99	292.
43	596.	67	117.	100	292.
45	375.	68	274.	103	8.

Bekanntmachung, betr. die jetzige Fassung des Gesetzes über Wochenhilfe und Wochenfürsorge

vom 22. Mai 1920.

1 ff.	128, 360, 459, 490, 539.	12	490.	18/19	490.
2	25, 289, 431, 571.	14	490.	23	490.
8	289, 451.	17	168, 259, 449, 490.	24	358.
10	25, 431.	17 ff.	25, 289.		

Gesetz über eine außerordentliche Beihilfe für Empfänger von Renten aus der IV.

vom 26. Dezember 1920.

1	41, 254, 545.		434, 472, 477, 503, 517,	5	190, 191, 192.
1 ff.	121, 141, 161, 205, 254, 261, 354, 372, 395, 401,	2 ff.	557, 595, 629, 636. 41.	9	190, 191, 192.

Krankenversicherungsgesetz

vom 25. Mai 1903.

1/2	521, 522.	20	571.	27	94.
2a	521, 522.	21	23, 201.	57/58	166.
5	430.	22	201.	59/60	521.
6	211.	26	430.	85	521.
7	23.	26a	211.	92	521.

Gewerbeunfallversicherungsgesetz

vom 30. Juni 1900.

1	234, 512, 572.	14	171.	96	307.
2	169.	25	172.	141	538.
8	591.	28	131.	144	495.
9	332.	76	7, 194.		
12	171.	80	7.		

Versicherungsgesetz für Angestellte.

1	28, 87, 95, 214, 298, 328, 336, 338, 395, 419, 473, 541, 553, 573, 594, 599, 651, 652.	9	8, 28, 272, 328, 395, 396, 440, 474, 593.	17—48	593.
		10	474, 595.	18	395.
		11	594.	19	554.
		14	396.	23	95, 625.
2	150, 474.	15	542, 597, 651.	25	698.
5	2.	16	473.	32	671.
7	531.	17	535.	34	671.
8	214, 419.			49	199, 542, 553, 594.

Digitized by Google

Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:	Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:	Bezeichnung der Gesetzes-Paragraphen	Dazu finden sich Erörterungen auf Seite:
50	542, 553.	170	28.	328	328.
51	214, 395, 671.	172	19, 473.	345	554.
57	214.	175	696.	365	542.
60	150, 651, 670.	176	151, 553, 554.	366	473, 542.
62	272, 275, 328, 594.	177	583.	373—378	19.
66	135.	178/179	553.	382	474.
67	27, 135, 625.	179	136.	382—384	682.
73 ff.	28, 546.	195	544.	390	27, 96, 150, 151, 314, 473, 520, 545, 617, 652, 670.
76	681.	201	200.		
79	395.	205	136.		
82	24.	208	651, 671.	392	474, 545, 672.
104	647.	209	96, 272, 328, 651, 672.	395	337, 670.
131	544.	210	214, 574.	395—398	473, 542.
151	699.	213	395, 440, 651.	396	671.
154	699.	228	272, 395, 573, 651.	396—398	117.
161	473, 544.	261	27.	397	150, 336.
164	544.	273	95.	398	95, 134, 154, 239, 594.

Bürgerliches Gesetzbuch.

7	194.	278	277.	823 ff.	40, 277, 420.
18	194.	282	68.	826	475.
31	375.	284/285	540.	831	277.
89	671.	286	678.	832	520.
108	40, 420.	328	579.	833	558.
112/113	40, 420.	387	500.	839	142, 536.
117	597.	387 ff.	536.	843	288.
119	52.	394	302.	1345	14.
123	52.	429	536.	1351/1352	14.
130	58.	611 ff.	29.	1360 ff.	14.
138	579.	612	77, 98.	1578—	
145	578.	616	120, 260.	1588	14.
154	30.	618	68.	1585	14.
157	68, 579.	626	29, 58, 138, 699.	1601 ff.	14, 258.
187 ff.	13.	626/627	30, 136.	1609	15.
194	624.	664	637.	1610	258.
197	15, 622, 623.	677	199.	1703	14.
198	623, 625.	677 ff.	360.	1708 ff.	14.
202 ff.	587.	683	360.	1715	14, 699.
206	568, 587, 622, 624.	688	68.	1719	379.
218	15.	701	68.	1719 ff.	14.
222	621.	759	157.	1723	379.
224	625.	760	625.	1736 ff.	14, 379.
241	68.	781	15.	1741 ff.	379, 629.
254	69, 277, 320, 420.	812	60, 199, 579, 677.	1766	14.
270	148, 624.	818	60.	1804	627.
276	69, 536.	823	318, 491, 536.	1936	180.

Digitized by Google

Verzeichnis der Abhandlungen und Sprechsaal-Erörterungen.

I. Allgemeines oder für mehrere Gebiete Gemeinschaftliches.

Seite

Baum, H., Regierungsobersekretär, Über die Eignung zum Mitglied des OVA. 81
Frankenberg, H. von, Stadtrat, Die Aufrechnung im Reichsversicherungsrecht . . . 301
Gräbig, Stadtsekretär, Die armenrechtliche Familieneinheit und die Ersatzansprüche der Armenverbände 21
Hahn, Geh. Justizrat, Zur Versicherungspflicht der von Besatzungstruppen oder Ausschüssen der vormals feindlichen Staaten im Deutschen Reiche beschäftigten Personen 1
Hassenstein, Oberregierungsrat Dr., Die richterliche Unabhängigkeit der Direktoren der OVAtr. 281
Helms, Landesrat, Wann beginnt der Rentenanspruch zu verjähren? 621
Heymann, G., Bedeutung der neuen Steuergesetze für die Versicherungsträger 31
Hoffmann, Wirkl. Geh. Oberregierungsrat, Zur Abänderung der RVO. 361
Kleeis, Fr., Bürgermeister, Hilfe für Rentenempfänger durch die Gemeinden 121
Langer, Obersekretär, Sozialversicherung oder Sozialversorgung? 124
Mühlenfeld, Dr. J., Renten und Einkommen im RVG. und in der UV. 524

Seite

Nawra, Abteilungsvorsteher, und Hahn, Geh. Justizrat, Zur Gebührenfreiheit der Rechtshilfe nach §§ 115, 117 RVO. 495
Penzing, Landesobersekretär, Zur Frage der Übertragung der Beitragskontrolle auf die KKn. 397
Rieger, Ernst, Abteilungs-Vorsteher, Versorgungs-Hausgeld und Krankengeld 235
Sonderhoff, Dr., Regierungsdirektor, Die Auseinandersetzung zwischen Frankreich und Deutschland über die sozialen Versicherungen 661, 681
Süß, Verwalter, Die Festsetzung der Ortspreise für die Sachbezüge nach § 16 RVO. . . . 381
Tenhaeff, Dr., Soziale Kinderversicherung 46
Ungenannt, Bedeutung der neuen Steuergesetze für die Versicherungsträger 96
—, Zur Frage der Übertragung der Beitragskontrolle von den VAnsten. auf die KKn. . 255
—, Beitragswoche, Arbeitswoche, Kalenderwoche 415
—, Lohnstufeneinteilung 617
Wittke, P., Verwaltungsdirektor, Zur Frage der Übertragung der Beitragskontrolle auf die KKn. 554
Zwinger, Berufsgenossenschaftssekretär, Die Beschaffung größerer Heil- und Hilfsmittel für Unfallverletzte vor Ablauf der Wartezeit 421

II. Krankenversicherung.

Seite

Baumann, M., Geschäftsführer, Ansprüche der KKn. auf Grund des Tumultschadensgesetzes vom 12. Mai 1920 424
Berlin, Verband der KKn., Praktische Sozialhygiene 431
Coblenz, OKK. und Schriftleitung, Inwiefern genügt Mitgliedschaft nach § 311 RVO. als vorgängige Versicherung im Sinne des § 313? 31
Frankenberg, H. von, Stadtrat, Die Genesendenfürsorge 584
Gräbig, Stadtsekretär, Wartezeit für Mehrleistungen der KKn. Ein Vorschlag zu § 208 RVO. 692
Gueffroy, A., Verwaltungsdirektor, Einige Fragen, betr. Aufgaben der KKn. nach dem RVG. 244
Hahn, Geh. Justizrat, Steht gegen die Genehmigung der Satzung einer KK. einer anderen Kasse ein Beschwerderecht zu? 413
Hassenstein, Dr., Oberregierungsrat, Kann das OVA. durch Änderung der Dienstordnung (§ 356 Satz 2 RVO.) gegen den Willen der Kasse die Gehälter der Kassenangestellten anderweit festsetzen? 241
Heine, Regierungsrat, Sterbegeld bei unbefugter Besorgung des Begräbnisses? . . . 61

Seite

Heymann, G., Korrespondent, Die Grundlagen für den Abschluß der Arztverträge durch die KKn. 341
Hirt, Geschäftsführer, Betriebs- oder Beamtenrätegesetz für die Krankenkassenbeamten und Angestellten? 581
Hoffmann, Wirkl. Geh. Oberregierungsrat, Zusammentreffen mehrerer Leistungsgründe in der KV. 101
—, Zur Gewährung der Familienhilfe . . . 201
—, Können für die im Gemeindedienst beschäftigten Personen Betriebskrankenkassen errichtet werden? 521
Kleeis, Bürgermeister, Krankengeld nach dem wirklichen Arbeitsverdienst? 174
—, Wünsche aus der Landwirtschaft zur KV. . 255
—, Die höheren Krankheitsziffern der weiblichen Kassenmitglieder 284
—, Absehen von Erstattungsansprüchen aus § 197 RVO. durch Gegenseitigkeitsverträge . 626
König, Geschäftsführer, Anspruch der Landwirtsehefrauen auf Wochenfürsorge . . . 195
—, Kapitalanlagen der KKn. 214
Ludwigshafen, BKK., Antrag auf Änderung des § 193 RVO. 375
Ostermeyer, Geschäftsführer, Wochenfürsorge nach dem Tode der Wöchnerin . . . 596

Digitized by Google

Seite

Otto, Geschäftsführer, Das „gute Geschäft" der KKn. bei Gewährung von Arzthilfe in Natur bei Wochenhilfe 96
Schriftleitung, Zusammentreffen von Voraussetzungen für Krankenhilfe und für Wochenhilfe 234
Schulz, Erich, Angestellter, Wartezeit für Mehrleistungen der KKn. Ein Vorschlag zur Änderung des § 208 RVO. 513
Sonderhoff, Dr., Regierungsdirektor, Die neue Änderung des Wochenhilfegesetzes . . 441
Sternberg, Dr. Ignatz, Zur Einführung der freien Arztwahl in Berlin 221
Süß, Hans, Verwalter, Die Grenzen der Zuständigkeit der OVAr. und der obersten Verwaltungsbehörden bei Genehmigung der Dienstordnung 561
Ungenannt, Teilweise Sachleistungen statt barer Beihilfen bei der Wochenhilfe . . . 116
—, Zu §§ 219, 222 RVO. 195
—, Bewertung der Kriegsanleihe in der Vermögensnachweisung der KKn. 215

Seite

Ungenannt, Voraussetzungen der Wochenfürsorge, wenn der Ehemann im Vorjahre verstorben ist 455
—, Übersendung des Krankengeldes 513
—, Umgehung des § 160 Abs. 2 RVO. durch Vereinbarung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer 596
Voigtberger, W., Beamter, Die Krankenversicherungspflicht der Handlungslehrlinge und Lehrlinge in Apotheken 236
Wasewitz, Gustav, Bürovorsteher, Die Auslösung von Unterstützungsansprüchen durch die Armenverbände 321
Wittkämper, Geschäftsführer, Notwendige Änderung des § 176 RVO. über das Beitrittsrecht zur KV. 476
—, Berechnung der 26 wöchigen Unterstützungszeit bei Krankenhausbehandlung 496
—, Zur Höhe des Stillgeldes in der reichsgesetzlichen Wöchnerinnenfürsorge 693
Zacharias, Oberregierungssekretär, Pflichtverbände der KKn. 464

III. Unfallversicherung.

Seite

Baum, H., Regierungsobersekretär, Zur Neufestsetzung des durchschnittl. Jahresarbeitsverdienstes land- und forstwirtschaftlicher Arbeiter (§§ 936 Abs. 2 und 3, 936a RVO) . . . 475
Jaeger, Dr. H., Direktor, Die Neuregelung des Jahresarbeitsverdienstes in der UV. . . 401
—, Die Erhöhung der Teuerungszulagen in der UV. 484
Kleeis, Bürgermeister, Erweiterte Beteiligung der Arbeiter an der Unfallverhütung . 225
Könen, Th., Fürsorge der BGen. für Schwerunfallverletzte 181

Seite

Krempel, Bürgermeister a. D., Zur Unfallversicherung im Memelgebiet 31
Losch, Bergrat, Ruhen der Unfallrente bei Rentenempfängern in an Polen abgetretenen Landesteilen? 70
Mühlenfeld, Dr. J., Die alten und die neuen Unfallrenten 369
Reuscher, Dr., Oberregierungsrat, Das Ruhen der Unfallrente wegen Aufenthalts in den an Polen abgetretenen Gebieten (§ 615 Ziff. 3 RVO.) 481

IV. Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung

Seite

Brunn, Landesrat Dr., Zu dem neuen Reichsgesetz über eine außerordentliche Beihilfe für Empfänger von Renten aus der IV. . . . 41
—, Das Gesetz zur Ergänzung des Gesetzes über eine außerordentliche Beihilfe für Empfänger von Renten aus der IV. 261
Jaeger, Dr. Heinz, Direktor, Das Gesetz zur Ergänzung des Gesetzes über eine außerordentliche Beihilfe für Empfänger von Renten aus der IV. 261
Manes, Alfred, Prof. Dr., Die Rechtswirkungen des Reichsges. vom 26. 12. 1920 über eine außerordentliche Beihilfe für Empfänger von Renten aus der IV. 141

Seite

Quatmann, F., Kontrollinspektor, Das Gesetz über eine außerordentliche Beihilfe an die Empfänger von Renten aus der IV. vom 26. 12. 1920 161
—, Die Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes in der IV. (Bek. vom 13. Sept. 1921) . 601
Rebling, Friedrich, Kreisversicherungsobersekretär, Empfiehlt sich die Beseitigung des Anwartschaftsbescheides? 455
Seelmann, Landesrat, Die Entscheidung über die Rentenansprüche durch die LVAnsten 461
—, Das Gesetz über die anderweite Festsetzung der Leistungen und der Beiträge in der IV. 501

V. Angestelltenversicherung.

Seite

Jaeger, Dr. H., Direktor, Das Gesetz vom 23. Juli 1921 über Änderung des Angestelltenversicherungsgesetzes 541
Tenhaeff, Dr., Zur Änderung der Beitragsentrichtung in der AV. 204

Seite

Ungenannt, Beitragseinnahmen und persönliche Verwaltungskosten bei der RVAnst. 215
—, Zur Befreiung von der eigenen Beitragsleistung (§ 390 AVG.) nach dem neuen Gesetz vom 31. Mai 1921 617

Digitized by Google

VI. Militärversorgung.

Firsching, Adolf, Zur Krankengeldbemessung nach dem RVG. 351
Rieger, Ernst, Abteilungsvorsteher, Das Versorgungshausgeld nach dem RVG. 546
Rieger, Abänderungsbedürftigkeit des RVG. 603
Wirth, Kommissar, Die Feststellung der Erwerbsunfähigkeit und die Bescheiderteilung bei den Versorgungsämtern 110

VII. Verschiedenes.

Goerig, Dr. Franz, Die Entwicklung des Arbeitsrechtes im Jahre 1920 85
Ungenannt, Zum Vollzuge des RVG. durch die KKn. 175
Ungenannt, Entwurf einer Schlichtungsordnung 396
Wittkämper, Geschäftsführer, Zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 351

Mitteilungen. Kurze Erörterungen.

I. Allgemeines. Gemeinschaftliches.

Der Beginn des Gesamtumbaues der Sozialversicherung 32
Vereinigung von stellvertretenden Vorsitzenden der VAr. Ortsgruppe Berlin. 57
Das Abkommen zwischen BGn. und KKn. . . 139
Der Entwurf des Reichsknappschaftsgesetzes . 154
Die schwedische Sozialversicherung 196
Das Wichtigste über die Versicherungspflicht von Büroangestellten 198
Zum Entwurf des Reichsknappschaftsgesetzes . 237
Deutscher Tuberkulosekongreß 275
Zusammenarbeit der Versicherungsträger mit der öffentlichen Wohlfahrtspflege 293
Durch den Friedensvertrag bedingte Änderung in der Sozialversicherung unter besonderer Berücksichtigung der UV. 294
Zur Lage der Heilstätten der Versicherungsträger in Berlin 296
Zur versicherungsrechtlichen Stellung von Geldzählerinnen und Aushilfskassierern . . . 296
Gewerkschaftsbund der Beamten und Angestellten der Reichssozialversicherung 297
Arbeitsgemeinschaft schlesischer Versicherungsträger und Wohlfahrtseinrichtungen 313
Von der Arbeitsgemeinschaft von Reichsversicherungsträgern der Rheinprovinz 377
Zur kommenden Reform der Sozialversicherung 416
Angestellten- und Invalidenversicherung. Kriegsdienstanrechnung in der AV. 556
Der Anschluß an das Deutsche Reich und die Sozialversicherung 574
Angestellten- und Invalidenversicherung . . . 617
Eine Bekanntmachung des RAM. über die sozialen Versicherungen in Elsaß-Lothringen . 634
Vertragliche Regelung der Beziehungen zwischen Landwirtschaftlichen BGen. und LKKn. gemäß § 1513 RVO. 673
Zur Frage der Zusammenlegung der AV. und IV. 694
Die Versicherungspflicht des kaufmännischen Personals 696

II. Krankenversicherung.

Allgemeiner Deutscher Krankenkassentag . . 17
Hauptverband Deutscher OKKn. 33
Vereinbarungen zwischen Dentisten und KKn. . 54
Die Geschäftsberichte der OKKn. für 1919 . . . 71
Vereinbarung zwischen Zahnärzten und KKn. . 138
Über die Neugestaltung des Krankenversicherungswesens in der neuen Stadtgemeinde Berlin 175
Grenzen zwischen Kranken- und Krüppelfürsorge 176
Vom Verbande der OKKn. Elsaß-Lothringen . 216
Für Erhöhung der Wochenhilfe und Ausgestaltung der Familienhilfe 236
Neue Vereinbarungen zwischen KKn. und Ärzten 273
Orts- und Landkrankenkassen 313
Regelung der Besoldung bei den KKn. 352
Zentralschiedsamt zur Entscheidung von Streit zwischen KKn. und Ärzten 357
Die Verbandstagung des Allgem. Verbandes Deutscher LKKn. 357
Betriebskrankenkassentag 357
Kassenmittel für allgemeine Zwecke der Krankheitsverhütung 377
Der Landesgesundheitsrat in Preußen und die KKn. 398
Der Allgemeine Verband Deutscher LKKn. . . 398
Krankengeld für Auslandskuren 417
Eine aufgehobene Fahrpreisermäßigung . . . 497
Jahresversammlung des Hauptverbandes Deutscher OKKn. 514
Bevorstehende Verteilung von Einnahmen aus dem Branntweinmonopol an die KKn. . . . 530
Die Allgemeine Ruhegehaltsversicherung Deutscher KKn. 530
Über die Verbandstagung des Allg. Verbandes Deutscher LKKn. 597
Die Vereinbarungen zwischen Dentisten und KKn. 674
Der Landesverband Bayerischer OKKn. . . . 617

Digitized by Google

III. Unfallversicherung.

	Seite
Die Vereinigung Schlesisch-Posenscher berufsgenossenschaftlicher Verwaltungen	313
Zum Gesetz, betr. Änderungen in der UV. vom 11. 4. 21	352
Die landwirtschaftliche BG. des Memelgebiets	635
Der Verband der deutschen landwirtschaftlichen BGen.	672

IV. Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung

	Seite
Sind Arbeiter, welche einer Ruhegeldskasse angehören, von der IV. befreit?	156
Die Notlage der Versicherungsanstalten	356
Die finanzielle Lage der IV.	433
Die Geschlechtskrankenfürsorge bei der LVAnst. Rheinprovinz	457
Zur Neugestaltung der IV.	476
Zulagen und Beihilfen zu den Renten aus der IV. bei Heilbehandlung Kriegsbeschädigter	517
Verband der LVAnsten.	635

V. Angestelltenversicherung.

	Seite
Gültigkeitsdauer der Versicherungskarten in der AV.	33
Berichtigung von Vorwürfen gegen die RVAnst.	55
Zur geplanten Erhöhung der Beiträge zur AV.	56
Zum Kampfe der Lebensversicherungsgesellschaften gegen die RVAnst.	56
Kontenauszüge und Kriegsdienstzeit in der AV.	57
Einfluß einer Weihnachtsgratifikation auf die Beitragszahlung zur AV.	97
Zum Kampfe der Lebensversicherungsgesellschaften gegen die RVAnst.	117
Von der RVAnst.	154
Geplante Erhöhung der Leistungen in der AV.	154
Zum Kampfe der Lebensversicherungsgesellschaften gegen die AV.	216
Ein Entwurf zur Abänderung der AVG.	238
Vom Erstattungsanspruch weiblicher Versicherter nach § 62 AVG. im Falle der Heirat	275
Grundsteinlegung für das neue Dienstgebäude der RVAnst.	297
Zum Kampfe der Lebensversicherungsgesellschaften gegen die AV.	314
Merkblatt des Rentenausschusses Berlin über die Befreiung von der Versicherungspflicht (gemäß § 397 AVG.)	336
Erhöhung der Versicherungsgrenze für Angestellte	355
Vorzeitige Anträge auf Befreiung von der eigenen Beitragsleistung zur AV.	356
Zur Erhöhung der Verdienstgrenze in der AV.	376
Die Heilfürsorge in der AV.	457
Zur Erhöhung der Verdienstgrenze in der AV.	497
Merkblatt des Rentenausschusses Berlin (F. 1) über den Jahresarbeitsverdienst	531
Einfluß des Friedensvertrages auf AVG.	597
Zur AV.: I. Aufrechterhaltung der Anwartschaft. II. Beihilfen	636
Die Kosten des Heilverfahrens bei „Halbversicherten"	672

VI. Militärversorgung.

	Seite
Kinderzulage für uneheliche Kinder nach dem RVG.	274
Die Überlastung der Versorgungsgerichte	516
Zur Umanerkennung nach dem RVG.	530
Zur Auslegung des RVG.	556
Rechtsmittel in Militärversorgungssachen	696

VII. Verschiedenes.

	Seite
Postüberwachung im besetzten rheinischen Gebiet	97
Gewährung von Erwerbslosenunterstützung an italienische Staatsangehörige	98
Das deutsch-österreichische Invalidenbeschäftigungsgesetz vom 1. Okt. 1920	117
Behandlung mittels Quarzsonne (Höhensonne)	155
Bäder und Kurorte für Minderbemittelte	238
Von der Zerrüttung unserer Volksgesundheit durch die französische Besatzung	295
Arbeitslosenversicherung im Auslande	315
Zum Entwurf eines Arbeitsnachweisgesetzes	333
Schulkinder als Diphtheriebazillenträger	398
Der neue Nachtrag zum preuß. Tarif für die Erstattung von Armenpflegekosten	436
Teuerungszuschläge für Ärzte und Apotheker im besetzten Gebiet	456
Fortbildungskurse für gemeinnützige Rechtsberatung	457
Möglichkeiten der Inanspruchnahme des deutschen Krieger-Kurhauses Davos-Dorf	556
Arbeitsgemeinschaft sozialhygienischer Reichsfachverbände	556
Bedenklicher Bürokratismus bei Unterbringung von Geisteskranken	598
Vorläufiges Ergebnis der Zählung der Geschlechtskranken im Jahre 1919	694

Digitized by Google

Gesetzgebung und Verwaltung.

I. Allgemeines. Gemeinschaftliches.

1920.	Seite
Verf. des OVA. Düsseldorf zur Auskunftspflicht der Versicherungsträger gegenüber den Steuerbehörden vom 12. Okt. 1920	25
Schreiben des RVA. zur Auskunftspflicht der Versicherungsträger gegenüber den Steuerbehörden vom 5. Novbr. 1920	24
Gutachten des preuß. Justizministers — Aussetzung des Verfahrens vor dem Schlichtungsausschuß bei Kündigung von Kassen- oder Genossenschaftsangestellten — vom 14. Dezember 1920	167

1921.	Seite
Schreiben des Reichsministers der Finanzen, betr. Beitragsforderungen an frühere Abwicklungsstellen des alten Heeres, vom 18. April 1921	347
Erl. der preuß. Minister für Volkswohlfahrt, der Finanzen und des Innern, betr. Pauschgebühren für Portokosten in Spruchsachen, vom 6. Juni 1921	508
Schreiben des Reichsarbeitsministers — Nachprüfung des Wertes der Sachbezüge — vom 4. August 1921	588

II. Krankenversicherung.

1920.	Seite
Besch. des RAM., betr. Einwirkung des § 195c RVO. auf Verträge zwischen Kassen und Ärzten, vom 15. Febr. 1920	129
Besch. des RAM., betr. Befreiung der Ersatzkassenmitglieder von Zugehörigkeit zur knappschaftl. KK., vom 5. Juni 1920	27
Besch. des RAM., betr. Wochenhilfe und Wochenfürsorge für Ehefrauen von Reichswehrangehörigen, vom 8. Juli 1920	25
Besch. des RAM., betr. Wochenhilfe der knappschaftlichen KKn. für die freiwilligen Mitglieder, vom 13. Juli 1920	26
Erl. des preuß. Ministers für Volkswohlfahrt, betr. Kranken- und Wochenhilfe für Einwohner der abgetretenen Gebiete, vom 2. Aug. 1920	26
Besch. des RAM. — Wirkungsbeginn der Neufestsetzung der Grundlöhne, vom 2. Sept. 1920	51
Besch. des RAM. — Zeitpunkt des Inkrafttretens von § 9 des Wochenhilfeges. vom 26. Sept. 1919 — vom 9. Sept. 1920	53
Schreiben des RAM. — Fortdauer der Versicherungspflicht bei Erwerbslosenunterstützung im Falle vorübergehender Betriebsunterbrechung ohne Lösung des Arbeitsverhältnisses — vom 9. Novb. 1920	51
Besch. des RAM., betr. Wochengeld bei Beschränkung der Ansprüche gemäß § 215 Abs. 2 RVO., vom 15. Novb. 1920	128
Erl. des preuß. Finanzministers — Anweisung der Auslagen für Familienwochenhilfe und Wochenfürsorge in Gr.-Berlin, vom 25. Novb. 1920	26
Besch. des RAM., betr. Ersatzpflicht des Reiches hinsichtl. der Mehrleistungen an Familienwochenhilfe, vom 2. Dezb. 1920	5
Besch. des RAM., betr. Krankenversicherungspflicht der russischen Kriegsgefangenen, vom 4. Dezb. 1920	128
Besch. des RAM., betr. Bemessung des Grundlohnes für freiwillig Versicherte, vom 9. Dezb. 1920	248
Besch. des RAM. — Antragsberechtigung hinsichtlich der Wochenhilfeleistungen aus § 195b Abs. 3 RVO. — vom 17. Dezb. 1920	129
Erl. des RAM., betr. Freimachung von Arbeitsstellen bei KKn. — entgegen dem § 354 Abs. 2 RVO., vom 24. Dezb. 1920	529

1921.	Seite
Nachtrag zum Verzeichnis der vom RVA. auf Grund des § 514 Abs. 1 RVO. zugelassenen Ersatzkassen	325
Erl. des preuß. Ministers für Volkswohlfahrt — Neuregelung der Besoldung der Kassenangestellten — vom 13. Januar 1921	129
Erl. des preuß. Ministers für Volkswohlfahrt, zur Besoldung der Kassenangestellten, vom 19. Januar 1921	149
Besch. des preuß. Ministers für Volkswohlfahrt zur Besoldung der Kassenangestellten vom 6. Febr. 1921	232
Erl. des RAM., betr. Ruhen der Krankenhilfe für Kriegsbeschädigte im Ausland, vom 14. Februar 1921	210
Erl. des preuß. Ministers des Innern, betr. Wochenhilfe und Wochenfürsorge für Ehefrauen von Reichswehrangehörigen, vom 17. März 1921	289
Erl. des preuß. Ministers für Volkswohlfahrt — Festsetzung und Bekanntmachung der Ortslöhne mit Wirkung vom 1. Januar 1922 ab — vom 21. März 1921	270
Erl. des preuß. Ministers für Volkswohlfahrt — Feststellung des Bedürfnisses für Fortbestehen einer LKK. — vom 9. April 1921	289
Erl. des preuß. Ministers für Volkswohlfahrt — Erstattung der Familienwochenhilfe; Beschwerde im Aufsichtswege — vom 12. April 1921	289
Besch. des preuß. Ministers für Volkswohlfahrt, betr. Teuerungszuschläge für Ärzte und Apotheker im besetzten Gebiet, vom 14. Juni 1921	456
Besch. des RAM., betr. KV. Erwerbsloser nach §§ 214 und 313 RVO., vom 18. Juni 1921	509
Gesetz, betr. Wochenhilfe und Wochenfürsorge, vom 29. Juli 1921	489
Erl. des bayer. Ministeriums für soziale Fürsorge, betr. Wahlrecht und Wählbarkeit der gegen Krankheit versicherten Erwerbslosen, vom 2. Aug. 1921	491
Erl. des preuß. Ministers für Volkswohlfahrt — Fristbeginn für Anmeldung Erwerbsloser durch die Gemeinde bei der KK., vom 15. Aug. 1921	629
Schreiben des RAM. — Einwirkung des Ges. über Wochenhilfe vom 29. 7. 21 auf laufende Leistungen aus Entbindungen vor dem 6. 8. 21 — vom 18. Aug. 1921	549

Digitized by Google

Seite

Erl. des RAM., betr. Krankenkassenzugehörigkeit der ehemaligen Betriebe und Dienststellen der Heeresverwaltung, vom 18. Aug. 1921 . 629
Besch. des RAM., betr. Verhältnis der Absätze 1 und 2 des § 193 RVO., vom 19. Aug. 1921 . 528
Besch. des RAM. — Einwirkung des Ges. über Wochenhilfe vom 29. 7. 21 auf laufende Leistungen aus Entbindungen vor dem 6. 8. 21 — vom 29. Aug. 1921 528
Erl. des preuß. Ministers für Volkswohlfahrt zur Besoldung der Kassenangestellten vom 5. Sept. 1921 589
Besch. des RAM. — Einwirkung des Ges. vom 29. 7. 21 auf laufende Leistungen aus Entbindungen vor dem 6. 8. 21 — vom 19. Sept. 1921 588
Erlaß des preuß. Ministers für Volkswohlfahrt, zu der durch das Sperrgesetz bedingten Gehaltsregelung der Kassenangestellten, vom 28. Sept. 1921 687

III. Unfallversicherung.

Seite

1921.

Gesetz, betr. Änderungen in der UV., vom 11. April 1921 251
Ausführungsbestimmungen des RVA. zu den Artikeln XII, XIII und XVII des Ges. vom 11. 4. 1921, betr. Änderung in der UV., vom 21. April 1921 373

IV. Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Seite

1920.

Gesetz vom 26. Dez. 1920 über eine außerordentliche Beihilfe für Empfänger von Renten aus der IV. 53
Gesetz zur Ergänzung des Gesetzes über eine außerordentliche Beihilfe für Empfänger von Renten aus der IV. vom 26. Dez. 1920 vom 7. April 1921 254

1921.

Bek., betr. die jetzige Fassung des Gesetzes über eine außerordentliche Beihilfe für Empfänger von Renten aus der IV., vom 11. April 1921 254
Gesetz über die anderweitige Festsetzung der Leistungen und der Beiträge in der IV. vom 23. Juli 1921 470
Bek. des RAM. über die Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes in der IV. vom 13. Sept. 1921 592
Vo. des RAM. über die Einrichtung der Quittungskarten für die IV. vom 30. Sept. 1921 . 632
Bek. des RAM. über die Berechnung der Abfindung an Empfänger einer Zusatzrente aus der IV. vom 12. Okt. 1921 632

V. Angestelltenversicherung.

Seite

1920.

Erl. des preuß. Ministers für Volkswohlfahrt, betr. Zeitpunkt der Befreiung von Versicherungspflicht nach § 9 AVG., vom 13. Nov. 1920 8
Besch. des RAM., betr. Befreiung von eigener Beitragsleistung auf Grund des § 5 Ges. vom 31. 5. 20 vom 6. Juli 1920 28
Besch. des RAM., betr. Versicherungsfreiheit aus § 9 AVG. für Personen, die auf Privatdienstvertrag kündbar angestellt sind, vom 4. Aug. 1920 395
Erl. des preuß. Ministers für Volkswohlfahrt, betr. Versicherungspflicht der KKn.-Angestellten, vom 13. Nov. 1920 28

1921.

Erl. des preuß. Ministers für Volkswohlfahrt, betr. Versicherungsfreiheit der KKn.-Angestellten nach § 9 AVG., vom 1. Febr. 1921 . . 272
Besch. des RAM., betr. Versicherungspflicht von Krankenschwestern, vom 3. Mai 1921 . . . 573
Gesetz über Änderung des AVG. vom 23. Juli 1921 473
Beschl. des Direktoriums der RVAnst., betr. die Rechtslage von Deutschen, die früher in abgetretenen Gebieten wohnten, vom 3. Okt. 1921 671

VI. Militärversorgung.

Seite

1920.

Ausführungsbestimmungen des RAM. zum RVG. vom 12. Mai 1920, vom 16. Nov. 1920 8

1921.

Erl. des RAM., betr. Zuständigkeit und Verfahren in Versorgungssachen, vom 17. Febr. 1921 291
Erl. des RAM., betr. Heilfürsorge für Kriegsbeschädigte, vom 7. April 1921 290
Erl. des RAM. — Ärztlicher Tarif für das Versorgungswesen — vom 9. April 1921 . . . 329
Vo. des RAM., betr. die Einkommensgrenzen im RVG., vom 31. Mai 1921 375
Gesetz über die Versorgung der vor dem 1. Aug. 1914 aus der Wehrmacht ausgeschiedenen Militärpersonen und ihrer Hinterbliebenen (Altrentnergesetz) vom 18. Juli 1921 474
Besch. des RAM. — Beihilfen und Zulagen zu den Renten der IV. neben Bezügen aus dem RVG. — vom 27. Juli 1921 595

Digitized by Google

VII. Verschiedenes.

Seite

1920.

Erl. des RAM. zum Vollzuge des RVG. durch die KKn. vom 30. Dezb. 1920 173

1921.

Besch. des Reichsministers des Innern, betr. Einkommensteuerabzug vom Kassenarzthonorar, vom 10. Januar 1921 136
Besch. des RAM., betr. Fortzahlung des Lohnes bei Sympathie-Aussperrungen, vom 20. März 1921 415
Erl. des Reichsministers des Innern — Rückgriffsrechte der Versicherungsträger auf Grund des Reichs-Tumultgesetzes — vom 12. April 1921 414
Besch. des RAM. — Ersatzanspruch der KKn. wegen des aus eigener Pflicht gezahlten Krankengeldes — vom 14. Juni 1921 595
Gesetz über eine erhöhte Anrechnung der während des Krieges zurückgelegten Dienstzeit vom 4. Juli 1921 513
Erl. des preuß. Ministers für Volkswohlfahrt, betr. Anrechnung von Rentenbezügen auf Erwerbslosenunterstützung, vom 9. Sept. 1921 . 633

Entscheidungen.

I. Allgemeines. Gemeinschaftliches.

Seite

1920.

Rev. Entsch. des RVA. vom 30. Juli 1920 . . 230
Urt. des LG. Berlin vom 5. Okt. 1920 . . . 165
Beschl. des OSG. vom 13. Okt. 1920 287
Entsch. des RVA. vom 30. Okt. 1920 87
Beschl. des RVA. vom 5. Novb. 1920 310
Rev. Entsch. des RVA. vom 9. Novb. 1920 . . 166
Entsch. des VA. Solingen vom 19. Novb. 1920 . 4
Rek. Entsch. des RMVG. vom 9. Dezb. 1920 . 347
Rek. Entsch. des RVA. vom 17. Dezb. 1920 . 548
Beschl. des OVA. Berlin vom 21. Dezb. 1920 . 230

1921.

Entsch. des VA. Königsberg i. Pr. vom 15. Jan. 1921 527
Entsch. des RVA. vom 27. Januar 1921 . . . 508
Urt. des OLG. Frankfurt a. M. vom 7. Febr. 1921 288
Rev. Entsch. des RVA. vom 24 Febr. 1921 . . 388
Entsch. des bayer. LVA. vom 8. April 1921 . . 426
Rev. Entsch. des sächs. LVA. vom 16. April 1921 310
Urt. des VA. Hamburg vom 20. April 1921 . 389
Rev. Entsch. des RVA. vom 30. April 1921 . . 586
Entsch. des RVA. vom 30. April 1921 . . . 587
Rek. Entsch. des RVA. vom 7. Juni 1921 . . 608
Entsch. des VA. Berlin vom 11. Juni 1921 . . 548
Entsch. des RVA. vom 17. Juni 1921 . . . 508
Entsch. des RVA. vom 5. Juli 1921 607
Entsch. des OVA. Königsberg vom 7. Juli 1921 . 527
Entsch. des VA. Halle a. S. vom 15. Aug. 1921 . 608

Grundsätzliche Entscheidungen des RVA.: Kranken-, Invaliden- u. Hinterbliebenenversicherung
Nr. 2600—2602 5
„ 2603—2606 87
„ 2607—2621 248
„ 2622—2643 371
„ 2644—2669 568
„ 2670—2671 629
„ 2672—2673 687

II. Krankenversicherung.

Seite

1920.

Urt. des preuß. OSG. in Knappschaftsangelegenheiten vom 8. Juni 1920 148
Entsch. des VA. Neustadt vom 9. Juni 1920 . 115
Entsch. des RVA. vom 10. Juni (nicht Januar) 1920 209
Rev. Entsch. des RVA. vom 30. Juni 1920 . . 51
Urt. des VA. Kreuznach vom 2. Juli 1920 . . 6
Entsch. des RVA. vom 13. Juli 1920 7
Beschl. des RVA. vom 13. Juli 1920 . . . 115
Entsch. des VA. Witten vom 1. Okt. 1920 . . . 5
Entsch. des RVA. vom 12. Okt. 1920 91
Rev. Entsch. des RVA. vom 22. Okt. 1920 . . 63
Entsch. des OVA. Königsberg vom 25. Okt. 1920 89
Rev. Entsch. des RVA. vom 27. Okt. 1920 . 89, 90
Beschl. des OVA. Berlin vom 30. Okt. 1920 . 65
Entsch. des RVA. vom 5. Novb. 1920 . . 93, 186
Urt des OVA. Leipzig vom 13. Novb. 1920 . 52
Entsch. des RVA. vom 23. Novb. 1920 . . . 311
Entsch. des OVA. Berlin vom 3. Dezb. 1920 . 168
Urt. des OVA. Berlin vom 3. Dezb. 1920 . . 168
Beschl. des RVA. vom 3. Dezb. 1920 210
Urt. des OVA. Berlin vom 6. Dezb. 1920 . . . 231
Entsch. des RVA. vom 7. Dezb. 1920 . . . 66, 250
Urt. des OVA. Berlin vom 7. Dezb. 1920 . . 188
Entsch. des VA. Rheydt vom 13. Dezb. 1920 . 93
Besch. des städt. VA. München vom 14. Dezb. 1920 66
Urt. des RVA. vom 21. Dezb. 1920 392
Urt. des OVA. Liegnitz vom 23. Dezb. 1920 . . 185
Besch. des RAM. vom 24. Dezb. 1920 . . . 64
Urt. des OVA. Liegnitz vom 29. Dezb. 1920 . 149

1921.

Entsch. des RVA. (Datum nicht ersichtlich) . . 610
Entsch. des OVA. Berlin vom 15. Januar 1921 . 147
Urt. des VA. Berlin vom 18. Januar 1921 . . 468
Entsch. des preuß. Ministers für Volkswohlfahrt vom 19. Januar 1921 168
Entsch. des RVA. vom 21. Januar 1921 . . . 428
Entsch. des OVA. Stettin vom 22. Januar 1921 . 115
Entsch. des RVA. vom 26. Januar 1921 . . . 249

Digitized by Google

Seite

Entsch. des OVA. Berlin vom 27. Januar 1921 . 147
Entsch. des VA. Hamburg vom 28. Januar 1921 270
Rev. Entsch. des RVA. vom 24. Febr. 1921 . . 391
Entsch. des RVA. vom 24. Febr. 1921 . . . 571
Beschl. des OVA. Düsseldorf vom 28. Febr. 1921 270
Entsch. des VA. Werdau vom 3. März 1921 . . 325
Rev. Entsch. des RVA. vom 8. März 1921 . . 429
Entsch. des RVA. vom 8. März 1921 430
Urt. des LG. Limburg vom 17. März 1921 . . 491
Entsch. des RVA. v. 18. März 1921 392, 410, 411, 630
Rev. Entsch. des RVA. vom 22. März 1921 . . 411
Entsch. des RVA. vom 15. April 1921 . . . 610
Entsch. des RVA. vom 13. Mai 1921 . 427, 453, 689

Seite

Urt. des preuß. Knappschafts-OVA. Bonn vom 2. Juni 1921 492
Entsch. des VA. Hamburg vom 15. Juni 1921 . 454
Beschl. des RVA. vom 24. Juni 1921 529
Entsch. des RVA. vom 24. Juni 1921 . . 611, 630
Urt. des OVA. Schwerin vom 29. Juni 1921 . 469
Urt. des VA. Mainz vom 9. August 1921 . . 509
Entsch. des VA. Berlin vom 18. August 1921 . 550
Urt. des VA. Berlin vom 18. August 1921 . 570
Entsch. des OVA. Braunschweig vom 16. Sept. 1921 667
Urt. des OVA. Berlin vom 22 September 1921 . 668
Entsch. des RVA. vom 26. Sept. 1921 688
Entsch. des VA. Hamburg vom 21. Okt. 1921 . . 668

III. Unfallversicherung.

Seite

1920.

Urt. des KG. vom 10. Juni 1920 173
Rek. Entsch. des bayer. LVA. vom 21. Sept. 1920 348
Rek. Entsch. des RVA. vom 29. Sept. 1920 . 95
Rek. Entsch. des bayer. LVA. vom 5. Okt. 1920 . 571
Rek. Entsch. des RVA. vom 21. Okt. 1920 . . 94
Rek. Entsch des RVA. vom 13. Novb. 1920 . . 327
Entsch. des RVA. vom 22. Novb. 1920 . . . 130
Rek. Entsch. des RVA. vom 24. Novb. 1920 . . 590
Entsch. des RVA. vom 1. Dezb. 1920 . . . 253
Rek. Entsch. des RVA. vom 2. Dezb. 1920 . . 312
Rev. Entsch. des RVA. vom 18. Dezb. 1920 . . 213
Beschl. des RVA. vom 30. Dezb. 1920 . . . 169
Entsch. des RVA. vom 30. Dezb. 1920 . . . 631

1921.

Rek. Entsch. des RVA. vom 5. Januar 1921 . 233
Beschl. des RVA. vom 6. Januar 1921 . . . 373
Rek. Entsch. des RVA. vom 11. Januar 1921 . 326
Entsch. des VA. Hamburg vom 4. Febr. 1921 . 170

Seite

Rek. Entsch. des RVA. vom 3. März 1921 . . 572
Entsch. des RVA. vom 23. März 1921 . . 349, 512
Urt. des RG. vom 1. April 1921 493
Rev. Entsch. des RVA. vom 6. April 1921 . . 612
Rek. Entsch. des RVA. vom 14. April 1921 . 511
Entsch. des RVA. vom 26. April 1921 . . . 591
Entsch. des RVA. vom 30. April 1921 . . . 690
Entsch. des RVA. vom 13. Mai 1921 631
Rek. Entsch. des bayer. LVA. vom 7. Juni 1921 . 669
Urt. des OVA. Stralsund vom 23. Juli 1920 . 689
Entsch. des RVA. vom 27. Juli 1921 691

Grundsätzliche Entscheidungen des RVA.:
Nr. 3048—3049 5
„ 3050—3052 87
„ 3053—3059 247
„ 3060—3068 371
„ 3069—3077 568
„ 3078—3080 629
„ 3081—3082 687

IV. Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Seite

1920.

Rev. Entsch. des bayer. LVA. vom 21. Febr. 1920 54
Entsch. des OVA. Gr.-Berlin vom 28. April 1920 54
Rev. Entsch. des bayer. LVA. vom 27. Sept. 1920 394
Entsch. des OVA. Bremen vom 13. Dezb. 1920 . 132

1921.

Urt. des OVA. Bautzen vom 10. Januar 1921 . 189
Entsch. des VA. Hamburg vom 25. Januar 1921 133

Seite

Entsch. des VA. Brandenburg vom 8. Febr. 1921 189
Entsch. des VA. München vom 24. Febr. 1921 . 189
Rev. Entsch. des sächs. LVA. vom 12. März Febr. 1920 54
Entsch. des RVA. vom 16. März 1921 394
Entsch. des RVA. vom 23. April 1921 374
Rev. Entsch. des RVA. vom 9. Juni 1921 . . 632
Rev. Entsch. des RVA. vom 21. Juni 1921 . 592
Entsch. des VOA. Stettin vom 30. Juli 1921 . 551

V. Angestelltenversicherung.

Seite

1920.

Beschl. des OSG. vom 22. April 1920 . . 135, 151
Urt. des OSG. vom 29. April 1920 135
Urt. des OSG. vom 27. Mai 1920 134
Beschl. des OSG. vom 26. Oktober 1920 . . 328
Urt. des OSG. vom 4. November 1920 . . . 272

1921.

Beschl. des OSG. vom 5. Januar 1921 . . . 593
Urt. des OSG. vom 13. Januar 1921 . . . 594
Urt. des OSG. vom 20. Januar 1921 . . . 671
Beschl. des Rentenausschusses Berlin vom 17. Februar 1921 533

Seite

Entsch. des Rentenausschusses Berlin vom 2. September 1921 574

Grundsätzliche Entscheidungen des OSG.:
Nr. 416—426 27
„ 427—434 95
„ 435—441 150
„ 442—451 214
„ 452—454 272
„ 455—459 328
„ 460—467 395
„ 468—472 474
„ 473—476 553
„ 477—485 651
„ 486—494 670

Digitized by Google

VI. Militärversorgung.

Seite

1920.

Rek. Entsch. des RMVG. vom 1. Juni 1920 . 193
Rek. Entsch. des RMVG. vom 15. Juni 1920 . 152
Rek. Entsch. des RMVG. vom 23. Juli 1920 . 151
Rek. Entsch. des RMVG. vom 7. Oktober 1920 194
Rek. Entsch. des RMVG. vom 24. November 1920 330
Rek. Entsch. des RMVG. vom 30. November 1920 350

1921.

Entsch. des RMVG. vom 11. Januar 1921 . 375
Rek. Entsch. des RMVG. vom 1. März 1921 . 614
Entsch. des VA. Witten vom 23. April 1921 . 349

VII. Verschiedenes.

Seite

1919.

Urt. des RG. vom 21. November 1919 . . . 153

1920.

Urt. des LG. in Bielefeld vom 13. Juli 1920 . . 30
Schiedsspruch eines Schlichtungsausschusses beim RAM. vom 30. September 1920 67
Urt. des Hanseat. OLG. vom 19. Oktober 1920 475
Urt. des LG. in Halle a. S. vom 29. Oktober 1920 29
Urt. des OLG. Hamm vom 29. Oktober 1920 68

1921.

Urt. des OLG. Celle vom 5. Januar 1921 . . 136
Entsch. des Reichswirtschaftsgerichts vom 21. Mai 1921 633

Angezeigte Schriften.

Seite

Arndt, Geheimrat Prof. Dr. Ad., Die Verfassung des Deutschen Reiches 675
Beyer, Alfred, Dr. med., Regierungsrat, Gesundheit und gewerbliche Arbeit 518
Chajes, Dr. B., Prof., Grundriß der Berufskunde und Berufshygiene 218
—, Kompendium der sozialen Hygiene . . . 675
Cohn, Julius, Geschäftsführer, und Rieger, Carl, Abteilungsvorsteher, Die Aufgaben der KKn. und Ärzte nach dem RVG. 217
Dersch, Dr. Hermann, Die gesamten Abänderungsgesetze zur AV. 216
Dersch, Ministerialrat Dr., Kaskel, Prof. Dr., Sitzler, Ministerialrat Dr., Syrup, Präsident Dr., Neue Zeitschrift für Arbeitsrecht 417
Dietrich, Dr. E., Wirkl. Geh. ObMedRat, Die preuß. Gebührenordnung für approbierte Ärzte und Zahnärzte 77
Eichelsbacher, Dr. Franz, Regierungsrat, Reichsversicherungsordnung 417
Fischer, Dr. Alfons, Tuberkulose und soziale Umwelt 217
Geldern, W. von, Ministerialrat, Erwerbslosenfürsorge 218
Grotjahn, Alfred, Prof., Leitsätze zur sozialen und generativen Hygiene 217
Herkner, Heinrich, Prof. Dr., Die Arbeiterfrage 576
Hoffmann, Dr. Fr., Wirkl. Geh. Oberregierungsrat, Gesetz über Wochenhilfe und Wochenfürsorge 577
Jaeger, Dr. Heinz, Direktor, Krankenkassenwahlen 517
Joachim, Dr. Heinr., Sanitätsrat, und Kern, Dr. Alfred, Justizrat, Die preuß. Gebührenordnung für approbierte Ärzte und Zahnärzte 577
Kaskel, Dr. Walter, Prof., Die Wandlung des sozialen Versicherungsrechts seit seiner Kodifikation 417
Kaufmann, Dr. Paul, Präsident des Reichsversicherungsamts, Die soziale Bekämpfung der Tuberkulose 577
Kerschensteiner, Anton, Geh. Regierungsrat, Das Reichsversorgungsgesetz 577
Kleeis, Friedr., Die Neugestaltung der Sozialversicherung 216
Krause, J., Geh. Regierungsrat, Reichsverordnung über Erwerbslosenfürsorge . . 76, 418
—, Wochenhilfe, Wochenfürsorge und Familienhilfe 76
Krüger, H., Ministerialrat, Das Reichsheimstättengesetz vom 10. 5. 20 518
Lippmann, Dr. K., Senatspräsident, Ergänzungen zur RVO. 76
Manes, Prof. Dr., Sozialversicherung . . 517
Müller, Prof. Dr. Franz, und Kofka, A., Oberapotheker, Rezepttaschenbuch der billigen Arzneiverordnungen 418, 578
Die Reichssozialversicherung, Zeitschrift 577
Salomon, Alice, und Wronsky, S., Leitfaden der Wohlfahrtspflege 676
Scheidt, Adolf, Staatssekretär, Staatliche Wohnungsfürsorge in Preußen 218
Schlüter, Dr. Wilh., Oberbergrat, Neues Arbeitnehmerrecht im Bergbau 217
Schmittmann, Dr. B., Prof., Die deutsche Sozialversicherung in ihrer heutigen Gestaltung 675
Seelmann, Landesrat, Das Verhältnis der KV. zur UV. in der RVO. 76
—, Das RVG. 217
—, Führer durch das RVG. 518
Soergel, Dr. Hs. Th., Mentzel, Senatspräsident Dr., Moll, Dr., Jahrbuch des Reichsversicherungs- und Militärversorgungsrechts 417
Stier-Somlo, Dr. Fritz, Prof., Kommentar zur Verfassung des Freistaats Preußen . . 675
Walter, Dr. Franz, Prof., Die Sozialhygiene in ihrem Verhältnis zur Weltanschauung und Ethik 675
Wochenhilfe und Wochenfürsorge nach den jetzigen Bestimmungen (Ges. v. 29. 7. 21) in amtl. Zusammenstellung 577

Digitized by Google

Wortverzeichnis.

(Die Zahlen verweisen auf die Seiten.)

Abfindung, § 60 AVG. 670; vererblich? AV. 150.
Ablehnung s. Leistung.
Abmeldung u. Beitragspflicht 367, 372, 419, 491, 630, 648; Schadensersatzanspruch der KK. 240.
Abtretung des Leistungsanspruchs KV. 558.
Abwicklungsstellen, Beitragsforderungen 347.
Altersrente, Höhe IV. 504; s. Beihilfe.
Altrentner, Versorgung MV. 474; UV. 354.
Amtszeit, Beginn nach Wahl KV. 518.
Anerkennung s. Leistungspflicht.
Angestellter, Begriff AV. 419; der BG., Streit über Kündigung 568.
Angestelltenversicherung, Abänderung 238; Ges. vom 23. 7. 21 541; IV. 556, 617, 694.
Ansteckung s. Infektion.
Antrag der KK. bei Behörde, Geschäftsgang 569.
Anwartschaft, Erhaltung AV. 474, 553, 594, 636; Erlöschen IV. 470, 476, 507; Wiederaufleben IV. 569, 580.
Anwartschaftsbescheid, Berufung 571; Beseitigung? 455.
Apotheker, Teuerungszuschlag in besetztem Gebiet 456.
Apothekerlehrling, KV. 236.
Arbeiterkleidung, Haftung des Arbeitgebers 68.
Arbeiterpensionskasse, bayerische, Zuständigkeit des LVA. 394.
Arbeitgeber, Anspruch gegen KK. 199; Streit über Beitragspflicht 378; Vorsitzender der BKK. 219; s. Unternehmer.
Arbeitsgemeinschaft in Rheinprovinz 377.
Arbeitslosenversicherung 36; im Ausland 315; Gesetzentwurf 642, 653.
Arbeitsnachweisgesetz, Entwurf 333.
Arbeitsrecht, Entwicklung 85.
Arbeitstag KV. 365.
Arbeitsunfähigkeit, Begriff 120; Alter oder Krankheit? 560; und Erholungsbedürftigkeit KV. 60; Klimawechsel 259; bei Beobachtung im Lazarett 185; bei Weiterversicherung KV. 38.
Armenhäusler, Versicherungspflicht 420.
Armenpflegekosten, Erstattung 436.
Armenunterstützung, Familieneinheit 21.
Armenverband, Ersatzansprüche 21, 79, 100, 119, 165, 200, 239, 279, 539; Auslösung von Unterstützungsansprüchen 321.
Arznei, Begriff 40; Preis 74; Verabfolgung durch KV. 239.
Arzneimittel, Versorgung der KKn. 516.
Arzt, Abmachung mit Versichertem 578; dringlicher Fall KV. 6; Gebührenordnung 98; und Heilmittel 378; holländischer, Bezahlung KV. 77; Honorarerstattung an Versicherten 668; nicht Kassenarzt, Bezahlung 277; und KK. 17, 74, 199; Vertrag mit KK. 341; Vertragskündigung 136; neue Vereinbarungen 273; bei Niederkunft 129; Rechnung 640; Reichstarif für Versorgungswesen 329; bei Schwangerschaftsbeschwerden 18; Streit mit KK. 359; Teuerungszuschlag in besetztem Gebiet 456; Vernehmung als Sachverständiger 527; s. Behandlungszeit, Kassenarzt, Sonderleistung, Tarifabkommen, Zentralschiedsamt.
Arzteorganisation, Vereinbarung mit KKn. 34.
Arztfrage, Besprechung 515.
Arztwahl, freie, in Berlin 221; desgl. bei Krankenhauspflege 580.
Auflösung einer KK., Zuweisung der Mitglieder 338.
Aufrechnung, Beitrag gegen Ersatzanspruch 219, 500; im Reichsversicherungsrecht 301.
Aushilfe der KKn. 195.
Aushilfskassiererin, versicherungsrechtliche Stellung 296.
Auskunftspflicht der Versicherungsträger 24.
Auslagen des Verfahrens AV. 27; der ehrenamtlichen Vertreter 186; des Vorsitzenden und Rendanten der KK. 200; s. Barauslagen, Verfahren.
Ausland, Erkrankung KV. 178; Neufeststellung UV. 371; s. Polen.
Ausländer, versicherungsfreie, Verpflichtung der Arbeitgeber IV. 569
Ausschlußfrist für Ersatzansprüche 5.
Ausschuß feindlicher Staaten, Versicherungspflicht 1.
Ausschußmitglieder als Ersatzmänner im Kassenvorstand 519; säumige KV. 519.
Aussperrung, Lohnzahlung 415.

Badeanstalt, Unfall 277.
Badeorte für Minderbemittelte 238.
Bahnhofskommandantur UV. 233.
Barauslagen s. Spruchverfahren, Verfahren, Vordrucke.
Barleistung statt Krankenpflege 687.
Bauarbeiter oder Unternehmer? 360.
Bauleiter, Begriff UV. 173.
Bauzulage als Entgelt AV. 150.
Beamte, Begriff KV. 209; Versicherungsfreiheit AV. 474.
Beamtenanwärter s. Finanzamt.
Beamteneigenschaft, Versicherungspflicht bei rückwirkender Verleihung 340.
Beförderung kranker Versicherter durch Eisenbahn 557.
Befreiung s. Versicherungsfreiheit.
Begräbniskosten s. Sterbegeld.
Behandlungszeit, ärztliche 569.
Beihilfe in AV. 473, 636; Erstattung und Umtausch von Beiträgen 569; Nachzahlung IV. 569; für Rentenempfänger IV. 41, 53; s. Hinterbliebenenrente, Rente, Rentenempfänger, Ruhegeld.
Beinverkrümmung, Operationskosten 40.
Beitrag, Anteil des Arbeitgebers AV. 27, 652; Auflösung einer KK. 66; Befreiung AV. 96, 356; Einzahlung auf Bankkonto 298; Änderung der Entrichtung AV. 204; Erhöhung AV. 56; desgl. IV. 501; desgl. KV. 73; Erstattung AV. 95, 96; IV. 471, 476; irrtümlich gezahlt AV. 328, 651; Nachzahlung AV. 199, 395, 670; Neuregelung AV. 544; Rückforderungsfrist AV. 96; Rückzahlung AV. 651; desgl. KV. 180, 579; Satzungsänderung KV. 258; nach Tod des Arbeitgebers KV. 300; UV. 353; Verjährung AV. 214; Verzicht der RVAnst. 553; erhöhter und Verzugsbeitrag KV.

Digitized by Google

648; Weihnachtsgratifikation 97; für Kalenderwoche 20, 339, 415, 471, 472; Zuschläge JV. 434; s. Geschäftsführer, Pflichtbeitrag, Versicherungsmarken.
Beitragserstattung infolge Heirat AV. 272, 275.
Beitragsfreiheit AV. 28, 520, 617, 651.
Beitragskontrolle durch KK. 255, 397, 554.
Beitragsmarken, Steigerung JV. 472.
Beitragsrückstände, Beitreibung 177.
Beitragsstreitigkeit AV. 651.
Beitragsteil des Arbeitgebers AV. 474.
Beitritt, zu Unrecht zugelassen KV. 140, 157.
Bergmann, Kassenzugehörigkeit 640.
Bergwerk, Pulveraufseher AV. 474.
Berichtigung einer Entscheidung 248, 310.
Berlin, Heilstätten 296; Krankenversicherungswesen 175.
Berufung, keine aufschiebende Wirkung KV. 7.
Besatzung, französische, und Volksgesundheit 295; KV. 678; Versicherungspflicht 1; s. Schadensersatzanspruch.
Beschäftigungsort, Änderung der Vorschriften 363; Mangel fester Betriebsstätte 388; s. Sommeraufenthalt.
Beschäftigungsverhältnis zwischen Verschwägerten 678; vorgespiegeltes 667.
Bescheid der BG., Begriff 612.
Bescheiderteilung der Versorgungsämter 110.
Besoldung bei KKn. 352.
Betrieb, Bestandteile 130; Übergang auf andere BG. 130; desgl. auf das Reich 629; Stillegung KV. 688; Wechsel AV. 618.
Betriebs-KK., Auflösung 59, 420, 571; Bezirk 453; Dienstbetrieb von Staat und Gemeinde 460; mehrere Betriebe 37; Umwandlung des Betriebes 279; Vermögen bei Schließung 140; Vorsitz des Arbeitgebers 637; Vorstand 558; Wahlrecht 367; s. Gemeindebetrieb.
Betriebskrankenkassentag 357.
Betriebsobmann bei KK. 260.
Betriebsstätte u. Beschäftigungsort KV. 371.
Betriebsunfall, Begriff 312, 511, 538.
Blinder, Heilverfahren JV. 558.
Blumenhandlung UV. 568, 631.
Blumenhandlung, Zugehörigkeit UV. 169.
Bogkampf, Anspruch auf Krankengeld 559.
Branntweinmonopol, Verteilung von Einnahmen an KKn. 530.
Brille, Gebühr für Bestimmung 699; Invalidität wegen Nichtgewährung 592; s. Schutzbrille.
Bruch, Operationskosten 40.
Bruchband, Schadhaftwerden KV. 87, 89.
Brustkind, Krankenhauskosten 159, 259.
Bundesrat, Änderung von Verordnungen 118.
Bürgermeisterstellvertreter, Versicherungspflicht 380.
Büroangestellte, Versicherungspflicht 198, 276, 298, 395.
Büroanwärter, Versicherungsfreiheit 276.
Büroarbeiter, Handlungsgehilfe 87.

Chorsänger von Religionsgemeinschaften, Versicherungspflicht KV. 659.

Dampfdreschmaschine KV. 679; s. Lohndrescherei.
Davos, Kurhaus 556.
Dentisten und KKn. 54, 674.
Dienstbote, Grundlohn 699; Kassenzugehörigkeit 38; erweiterte Krankenpflege 188.
Dienstbotenkasse 279.
Dienstordnung, Änderung 115, 639; Genehmigung 168, 561; Streit 630.
Dienstzeit im Krieg, Anrechnung 513.
Diphtherie, Übertragung 398.
Dreschmaschine s. Dampfdreschmaschine.

Ehefrau, Versicherungsfreiheit AV. 328.
Eid vor VA. 679.
Eigenbetriebe der KKn. 75; UV. 690.
Eingemeindung, Kassenbezirk 39.
Einkommen, RVG. 374, 375; RVG. und UV. 524; Steuerabzug bei Arzt, Zahnarzt 136.
Einspruchsverfahren, Ermittelungen 687; Vernehmung des Berechtigten UV. 568.
Einzugsverfahren 140, 362, 374, 479, 656.
Eisenbahn s. Beförderung.
Eisenbahnunfall, Ersatzansprüche der KK. 288.
Elektrisieren KV. 469.
Elsaß-Lothringen, Sozialversicherung 634; Verband der OKKn. 216.
Entbindung und Krankheit KV. 52, 103, 167; s. Wochenhilfe.
Entscheidung, Begründung UV. 233.
Erholungsbedürftigkeit s. Arbeitsunfähigkeit.
Erkrankung, neue 418, 538.
Ersatz zu Unrecht gewährter Leistungen KV. 219.
Ersatzanspruch, Anmeldungsfrist 166; des Armenverbandes 38, 170; der LVAnst. gegen BG. bei Heilverfahren 213; der BG. gegen Unternehmer 170; der KK. gegen BG. 538, 559, 569; desgl. gegen UV. 677; desgl. nach RVG. 20, 595; Streit 247.
Ersatzberechtigte, Ermittelung durch Versicherungsträger 310.
Ersatzkasse, Antrag aus §§ 517, 518 RVO. 218, 637; § 197 RVO. 257; Arbeitgeberbeiträge 368; Beitragserstattung AV. 95; Beteiligung 95; Eintrittsgeld bei Übertritt von AV. 19; und knappschaftliche KK., Befreiung 27; Fortzahlung der Kassenbeiträge 278; Lohnänderung 689; Meldung von Änderungen bei Zwangskasse 571; Mitgliedschaft AV. 150; Nachweis des Bei- und Austritts 359; Verpflichtung der RVAnst. 474; Ruhen der Rechte und Pflichten bei KK. 509; schwebende Fälle 39; Weiterversicherung und Wählbarkeit bei OKK. 420; Wochenhilfe 490; Zulassung 27, 325.
Ersatztatsachen bei freiwilliger JV. 99.
Erwerbslose, Anmeldung bei KK. 629; KV. 509, 679; Anspruch nach § 214 RVO. 299; Pflichten der Gemeinde KV. 19; s. Wählbarkeit, Wahlberechtigung.
Erwerbslosenfürsorge 36; Beitragsstreit 534; Bezirke in Berlin 550; und Kassenleistungen 460; und Anspruch aus § 214 RVO. 571.
Erwerbslosenunterstützung, Anrechnung von Renten 633; Fortdauer der Versicherungspflicht KV. 51; Rückforderung 475.
Erwerbslosenversicherung 72.
Erwerbslosigkeit, Begriff 40; Frist des verlängerten Anspruchs KV. 159.
Erwerbsunfähige Kranke, Bestand bei KKn. 74.
Erwerbsunfähigkeit, Feststellung MV. 110.

Fahrpreisermäßigung 497.
Fahrt eines Verletzten zur Wohnung KV. 60; s. Rückfahrt.
Fahrzeugbesitzer UV. 361.
Familienangehörige, Krankenpflege 158.

Digitized by Google

Familienhilfe, Ausgestaltung 236; für ausgesteuerte Ehefrau 500; im Ausland 177; zulässige Bedingungen 60; Begrenzung 428; Erfüllungsort 492; freiwillige Mitglieder 239; Getrenntleben der Eheleute 38; Gewährung 201; Gleichberechtigung der Versicherten 186, 659; außerhalb des Kassenbezirks 93; und Krankenhauspflege 359; doppelte 579; Mehrleistungen 372; neuer Fall 378; nicht- 579; Mehrleistungen 372; neuer Fall 378; Satzungsbestimmung 248; schwachsinniges Kind 677; Umfang 699; und eigene Versicherung 180; Zusatzbeiträge 220, 259.
Familienkrankenhilfe, ausgesteuerte Ehefrau; Umfang 619.
Familienversicherung KV. 431.
Familienwochenhilfe, Ausgleich zwischen KKn. 120; in Groß-Berlin 26; Ersatz des Reichs 5, 120; Erstattung 289; Erweiterung 448; erwerbslos Ausgeschiedene 372, 392; Grenzbezirke 698; nur im Inland 600; Kriegsdienstzeit 100, 589; Beschränkung der Mehrleistung 297; Niederkunft nach Tod des Familienhauptes 358; verheiratete Tochter 380; und Wochenhilfe 247, 250, 360, 379.
Fehlgeburt, Ansprüche 579, 699.
Fehllage s. Lohn.
Fernschreibbeamte s. Funkbeamte.
Feststellung der Leistungen IV. 473.
Feststellungsverfahren, Übergangszeit 472.
Feuerwehr UV. 669.
Feuerversicherung, Hypotheken der VAnsten. 656.
Finanzamt, Versicherungspflicht von Supernumeraren und Beamtenanwärtern 98.
Flußnutzung UV. 5.
Forstbeamte, Fahrzeughaltung UV. 87.
Fortbildungskurse 457, 655.
Frankreich, Auseinandersetzung mit Deutschland 661, 681.
Freiwillige Versicherung AV. 670; Beitragsfreiheit AV. 395; Beitragsverzug 159; Beitritt KV. 78; Grundlohn 177; Pflichtmitgliedschaft KV. 139; Versicherungszeit KV. 31; Voraussetzungen KV. 98; Wiederaufleben der Anwartschaft IV. 650; Zahlungsverzug KV. 270, 540.
Friedensvertrag, AVG. 597; und Sozialversicherung 294.
Frist, Berechnung UV. 87; s. Ausschlußfrist.
Fuhrwerk s. Fahrt.
Funkbeamte, Versicherungspflicht 258.
Fürsorge, Übernahme UV. 591.
Fußballspiel, Krankengeld bei Verletzung 340.

Gebiß UV. 359, 419.
Gebühr in Spruchsachen 372.
Gehalt, Erhöhung 120, 358; Kriegsteuerungszulage AV. 27; s. Lohn, Verdienst.
Geisteskranke, Unterbringung 598.
Geldstrafen im Konkurs 618.
Geldzählerin, versicherungsrechtliche Stellung 296.
Gemeinde, Ersatzpflicht bei Böllerschießen 40; BKK. 522.
Gemeindehelfer, Versicherungspflicht 338.
Gemeinschaft, häusliche, Begriff 149.
Genesendenfürsorge 584.
Geschäftsberichte der OKKn. 71.
Geschäftsführer der KK., Vergütung für Beitragseinziehung 536.
Geschlechtskrankheiten, Bekämpfung 351, 656; Fürsorge 457; Krankenordnung 248; Zählung 694; s. Krankenordnung.
Gesellschaft m. b. H., versicherungsrechtliche Stellung 140.
Gewerkschaftsbund 297.
Gleichwertigkeit der Leistungen KV. 366.
Grunderwerbssteuer für KK. 400.
Grundlohn, Festsetzung KV. 247, 365; freie Kost 278; freiwillig Versicherte 248; Neufestsetzung KV. 51, 249; s. Freiwillige.
Gutsverwaltersfrau, Beschäftigungsverhältnis 338.
Gymnastik, orthopädische 460.

Handlungsgehilfe, Begriff 87; s. Personal.
Handlungslehrling KV. 236.
Handwerker bei Behörde, Versicherungspflicht 638.
Handwerksmeister, Versicherungspflicht 698.
Hauptverband deutscher OKKn. 33, 514.
Hausgeld, Berechtigte KV. 559; bei Gehaltszahlung 299; bei Heilanstaltspflege RVG. 246; mehrere Angehörige 698; RVG. 9, 178; s. Versorgung, Versorgungshausgeld.
Hausgewerbetreibende, Änderung der Bestimmungen 363; Heimarbeiter 619; IV. 362, 478; Kinder 300; Versicherungszwang KV. 364.
Hauskapelle KV. 231.
Hauspförtner, Versicherungspflicht der Ehefrau KV. 147.
Hebamme, Versicherungspflicht 220.
Hebammenhilfe, Umfang 318.
Hebammenwesen, Neuregelung 516.
Hebevertreter, Versicherungspflicht 608.
Heeresverwaltung, ehemalige Betriebe KV. 629.
Heilanstaltspflege und Versorgungsanspruch 372, 569.
Heilbäder KV. 80.
Heilbehandlung durch KK., Beginn 277; RVG. 9, 244, 556.
Heilfürsorge in AV. 457; IV. 434.
Heilmittel und Arzt 178, 378; Höchstbetrag 375, 659; kleiner 528, 699; und KK. 73, 199, 516, 560; Naturheilkundige 380; Preis 74; Unfallverletzte 421; Zuschuß 697.
Heilstätten in Berlin 296.
Heilverfahren der BG. 372, 411, 631; Halbversicherte 672; IV. 247; Kriegsbeschädigte IV. 656; der LVAnst., Ersatzpflicht der KK. 658.
Heirat s. Verheiratung.
Hilflosenrente, Zulage 349, 371.
Hilfsdienst, vaterländischer, UV. 338.
Hilfsmittel, Umfang UV. 371; s. Heilmittel.
Hinterbliebene von Militärpersonen, Versorgung MV. 474.
Hinterbliebenenfürsorge IV. 470.
Hinterbliebenenrente, Beihilfe AV. 473; Beitragszahlung nach Tod AV. 671; nachgeborenes uneheliches Kind 20; RVG. 569.
Höhensonne 155, 276.
Hundebiß, Haftung 558.

Jahresarbeitsverdienst, 360 Arbeitstage UV. 568; bei Eigenbetrieb 690; Festsetzung UV. 251; Höchstbetrag AV. 541; IV. 592, 601, 652; Land- und Forstarbeiter 475; Merkblatt AV. 531; regelmäßiger 79; Saisonarbeiter 380; UV. 401.
Infektion als Betriebsunfall 348.
Innungs-KK., Errichtung 219; Zuständigkeit 360.
Inland, abgetretene Gebiete KV. 26.
Invalidenrente, neuer Antrag nach Zurückziehung 400; Beihilfe 254, 261; Grundbetrag 470; Höhe 503; und Krankengeld 320; Nachzahlung 248; Ruhen 189, 278; Steigerungssatz 470; Streit über Ersatz aus Unfallrente 389; nach Tod des Be-

Digitized by Google

rechtigten 54; Zulage 248, 372, 389, 470, 476, 575; s. Beihilfe, Zusatzrente.
Invalidenversicherung, Inkrafttreten der Änderungen 536; finanzielle Lage 433; und KKn. 75.
Invalidität, Begriff 569, 649.
Irrenanstaltspflege, Kosten 219.
Italiener, Erwerbslosenunterstützung 98; Kapitalabfindung JV. 247.

Kapitalanlage der KK. 214.
Kapitalertragsteuer für KK. 240.
Kapitalanten, freiwillige Versicherung 366.
Kassenangestellte, Bedingungen 516; Besoldung 129, 149, 232, 241, 589, 687; Kündigung und Entlassung 529; Schweigepflicht 678; Sperrgesetz 647; Streit aus Dienstverhältnis 571; Versicherungspflicht AV. 28, 272.
Kassenarzt, Entlassung 699; Haftung 535; Vertragskündigung 29; eigenmächtiger Wechsel 179; Wohnung 618.
Kassenbeamte, Bezüge 59; Betriebs- oder Beamtenrätegesetz? 581.
Kassenbezirk, Änderung 119, 220; maßgebend für Krankenpflege 260; s. Eingemeindung.
Kassenbücher der KK., Aufbewahrung 647.
Kassenleistungen, Ablehnung 80; Ausgestaltung 73, 514; Dauer 39; mehrere Leistungsgründe 101.
Kassenvorstand, Ersatzmann 637; Sitzungen 200; Wahl 557, 598.
Kind, Annahme an Kindesstatt 629, 632.
Kinderversicherung 46.
Kinderzulage, Höhe JV. 504; für uneheliches Kind RVG. 274.
Kirchendiener, Versicherungspflicht 338.
Klinik, Weigerung der Beobachtung UV. 590.
Knappschaftsverein, Aufnahmeantrag 78.
Konkurs, Vorrecht für Beiträge UV. 493; s. Rechtshilfe.
Kontoauszüge der RVAnst. 55, 57.
Korsett, KV. 538.
Kosten, Beleidigungsklage 240; Erstattung aus § 1598 RVO. 691; Ladung der KK. 59; Überführung nach der Wohnung KV. 247; des Verfahrens AV. 27.
Kraftwagenunfall 419.
Krankenbehandlung, Rekurs UV. 568.
Krankenfürsorge und Krüppelfürsorge 176.
Krankengeld, Abstufung 58, 560, 638; Anrechnung auf Lohn 260; nur für Arbeitstag 479; Arbeitsunfähigkeit 317, 338; nach Arbeitsverdienst 174; Auslandskuren 417; Auszahlung an Nichtberechtigten 115; Dauer 20; und Gehalt 239; neben Heilanstaltspflege 540; bei Heilverfahren in UV. 569; und Invalidenrente 320; für Kriegsbeschädigte, Ersatzanspruch der KK. 419, 599; RVG. 9, 99, 351; und Ruhegeld aus AV. 698; Übersendung 148, 513; Rückzahlung 60; und Unfallrente 676; Beteiligung an Unruhen 278, 297; Versagung oder Kürzung 180; Krankheit bei Beginn der Versicherungspflicht 78; und Wochengeld 458, 460, 536, 638; s. Versorgung.
Krankenhaus, eigenmächtige Aufsuchung 58; Regelleistung 534; Fortschaffung der Leiche 579; und KK. 399; Tariferhöhung 219.
Krankenhauspflege, Ablehnung 5; Dauer KV. 496; Umfang 60; schließt Wochen- und Krankengeld aus 560; selbstbeschaffte 589.
Krankenhilfe, Dauer 18, 20, 259, 371, 391, 640; Krankheit bei Eintritt 658; Ruhen 160; Kürzung bei Unfall 619; Pflicht des Unternehmens UV. 406.
Krankenkasse, Vermögen bei Auflösung 676; und JV. 75; und RVG. 244; Wechsel 372; desgl. bei Wochenhilfe 198; s. Eigenbetriebe.
Krankenkassentag 17.
Krankenkost 698.
Krankenordnung, Geschlechtskranke 210; Zuwiderhandlung 179.
Krankenpflege, Barleistung 687; erweiterte 369.
Krankenräte 656.
Krankenverordnung, Änderung durch VA. 65.
Krankenversicherung s. Sozialversicherung.
Krankenschwester AV. 573; Beitrag JV. 160.
Krankheit, Begriff 40; ohne Beschwerden 179; als Ersatztatsache AV. 395; mehrfache, Kassenleistungen 106; und Tod, Kassenleistungen 101; Verhütung 367, 377; Ziffern der weiblichen Kassenmitglieder 284; s. Entbindung.
Kriegsanleihe in Vermögensnachweisung der KK. 118, 215.
Kriegsbeschädigte, Abfindung und Beihilfe JV. 569; im Ausland 210; Heilfürsorge 290; Krankengeld 78; Rente bei Heilbehandlung JV. 517.
Kriegsdienst AV. 57, 556, 574.
Kriegselterngeld, Invalidenrente 372, 394.
Kriegsgefangene, russische, Krankenversicherungspflicht 128.
Kriegsteilnehmer nach Krieg AV. 150; Versicherungspflicht AV. 28.
Kriegsverletzung, Gewöhnung 569.
Kriegsverschollener, Beitragszahlung über Todestag hinaus AV. 651.
Kriegswochenhilfe 451; Strafverbüßung 18; Verjährung 18.
Kropf, Operationskosten 40.
Krüppelfürsorge und Krankenfürsorge 176.
Kündigung des Arbeitsverhältnisses 58.
Kurorte für Minderbemittelte 238.

Landesgesundheitsrat und KKn. 398.
Landesverband, bayerischer OKKn. 617.
Landkrankenkasse, Bedürfnis für Fortbestehen 289; und OKK. 313.
Landwirtschaft, Beitragsermäßigung 637; BG. und LKK. 673; Betrieb und Wechsel des Unternehmers UV. 373; KV. 255, 366; Unfallzuschuß 578.
Lebensversicherungsgesellschaften, AV. 56, 117, 216, 314.
Lehrling, Aufrücken zum Gehilfen 317; Begriff 219; Entgelt 580; JV. 639; Krankengeld bei Betriebsunfall 658; oder Schüler? 159; Weiterversicherung 18; s. Wochengeld.
Leistung, Ablehnung AV. 395; Anerkennung durch KK. 51; der AV., Vererblichkeit 134; Erhöhung AV. 154; s. Kassenleistungen.
Lohn für Fehltage 120.
Lohndrescherei, Überzählige UV. 327.
Lohnerhöhung, Einfluß auf Beitrag u. Leistungen KV. 179; Kassenbeiträge 39.
Lohnklassen, JV. 435, 470, 476, 501; KV. 393, 617.
Lokomotivpersonal, AV. 214, 533.

Magnetopath, Behandlungskosten KV. 468.
Maschinenbaubeflissene, nicht Lehrlinge 569.
Maschinenschreiberin, Versicherungspflicht JV. 182.
Massagen, orthopädische 460.
Mehrleistungen, § 214 RVO. 380; nach Beendigung der Mitgliedschaft 620; nicht nach Ermessen 318; Wartezeit KV. 359, 692.

Digitized by Google

Meldepflicht, Verletzung 318, 638.
Meldung, Vereinbarung mit Staatsbetrieben 367.
Memelgebiet, landwirtschaftl. BG. 635; UV. 31.
Militärpersonen, frühere, Versorgung MV. 474.
Militärrente, Bemessung 330.
Militärversorgung und Krankengeld 20.
Militärversorgungsgericht, örtl. Zuständigkeit 375.
Mitgliedschaft, Aushilfsdienste KV. 537; Erlöschen durch Aussteuerung KV. 360; Lösung des Beschäftigungsverhältnisses 418; Kassenwechsel 430; Ansprüche aus RVG. 639; Unterbrechung der Arbeitsleistung KV. 619.
Modelleur AV. 214.
Musikkapelle KV. 231.
Musterung, Teilnahme als Ersatztatsache AV. 214.
Musterzeichnergehilfe AV. 553.

Näherin, Kassenzugehörigkeit 219.
Narkose 635.
Naturheilkundige s. Heilmittel.
Nebenbeschäftigung s. Versicherungsfreiheit.
Nebenbetrieb, Begriff 130; Übergang zu anderer BG. 247.
Neuwahlen zu Organen der KKn. 38.

Oberschwester, Versicherungspflicht 599.
Oberversicherungsamt, Eignung zum Mitglied 81; Unabhängigkeit des Direktors 281.
Oberwäscherin AV. 328.
Offenbarungseid s. Rechtshilfe.
Operationskosten 40, 640.
Ordnungsstrafe AV. 28, 150.
Orthopädie s. Gymnastik, Massage.
Ortskrankenkasse und LKK. 313.
Ortslöhne, Festsetzung 270, 539.
Österreich, Anschluß an Deutsches Reich und Sozialversicherung 574; Invalidenbeschäftigungsgesetz 117.

Pachtung s. Unternehmen.
Packerin in Warenhaus AV. 214.
Patientenausschüsse 656.
Pauschgebühren für Portokosten 508.
Pensionsfonds für Kassenangestellte in Vermögensnachweisung 178.
Personal, kaufmännisches, Versicherungspflicht 696.
Pfändung von Leistungen JV. 473.
Pflichtbeitrag, Nachentrichtung durch Hinterbliebene AV. 553.
Pflichtverbände der KKn. 36, 464.
Pförtner s. Hauspförtner.
Polen, Sterbegeld bei Unfall 119; Ruhen der Unfallrente 70, 326, 535; Wochenfürsorge 259; s. Russen, Unfallrente.
Porto für Auskünfte 318; s. Pauschgebühren.
Post im rheinischen Gebiet 97.
Privatversicherung s. Lebensversicherungsgesellschaft.
Prozeßakten, Eigentum daran 400.
Pulveraufseher s. Bergwerk.

Quittungskarten, Einrichtung JV. 632; Vergütung für Ausgabe JV. 649.

Rechnungsabschluß der KK. 419.
Rechtsberatung, Fortbildungskurse 457.
Rechtshilfe 535, 495.
Rechtsmittel, Frist 95, 608; MV. 696; Schriftform 420, 548.
Reform der Sozialversicherung 416.
Reichsknappschaftsgesetz 154, 237.
Reichsversicherungsanstalt, Beitragseinnahmen und Verwaltungskosten 215; Grundsteinlegung 297.
Reichsversorgungsgesetz, Änderungsbedürftigkeit 603; Ausführungsbestimmungen 8; Entschließung des Verbandstages 515; und KKn. 173, 175, 244; zeitliche Geltung 152.
Reichswehrdienst, Anrechnung 200, 367.
Reichszuschuß JV. 470.
Reisekosten als Barauslagen UV. 371.
Reittierbesitzer UV. 361.
Rekurs, verspäteter UV. 247.
Rente, Abfindung für Ausländer JV. 571; Anfechtung der Entziehung UV. 568; Antrag JV. 393; Beihilfe AV. 545; Höhe JV. 434, 471, 501; JV. und UV. 506; Kosten der Auszahlung 656; VAnst. 461, 470, 476; ohne Rechtsanspruch UV. 568; Regelung der Last JV. 506; RVG. und UV. 524; Vorauszahlung JV. 471; Zahlung rückwärts AV. 95; Rückforderung der Zulage 687; s. Beihilfe, Unfallrente.
Rentenempfänger, Beihilfe JV. 141, 161; Hilfe durch Gemeinden 121.
Revision, ausgeschlossen JV. 372.
Röntgenbestrahlung, Verbrennung als Unfall 153.
Rückfahrt vom Markt UV. 571.
Rückversicherungsverbände, Fortfall JV. 507,
Ruhegehaltsversicherung der KKn. 530, 656.
Ruhegeld, Beihilfe AV. 473; Berechnung AV. 28.
Ruhegeldskasse, Mitgliedschaft JV. 156.
Russen JV. 248, 551; UV. 87.

Sachbezüge 381, 588, 596.
Sachschaden s. Unfall.
Sachverständigengebühren 687.
Sammelkarten JV. 362.
Satzung, Änderung 373, 392, 529; Auszug für Mitglieder 367; Genehmigung 373, 392, 411; Rückwirkung der Vo. vom 30. 4. 20 427.
Schadensersatz, Anspruch der KK. gegen Besatzungstruppen 534; RVG. 15.
Schalterschreiber AV. 651.
Schauspieler, Jahresarbeitsverdienst 158.
Schiff s. Ausland.
Schlesien, Versicherungsträger und Wohlfahrtseinrichtungen 313; und Posen UV. 313.
Schlichtungsausschuß, Aussetzung des Verfahrens 167.
Schlichtungsordnung, Entwurf 396.
Schnittmusterzeichnerin AV. 27, 135.
Schuldiener, Versicherungspflicht der Ehefrau 697.
Schüler, Verletzung durch anderen. Erstattungsanspruch der KK. 520; s. Lehrling.
Schutzbrille, Heilmittel 619.
Schwangerengeld, Anrechnung auf Wochengeld 638.
Schwangerschaft, Beihilfe 260, 298; Beschwerden 199; s. Arzt.
Schweden, Sozialversicherung 196.
Schwerunfallverletzte, Fürsorge der BGen. 181.
Seefahrzeuge UV. 252.
See-UV. 353.
Sommeraufenthalt, Beschäftigungsort des Dienstpersonals KV. 147.
Sonderanstalten JV. 472, 507.
Sonderleistungen in Arztvertrag 600.
Sonnenbad als Heilmittel 460.
Sozialhygiene 431, 556.

Digitized by Google

Sozialversicherung, Neuordnung 32, 35, 124.
Sperrgesetz, Gehaltsfestsetzung 620.
Spruchverfahren, Barauslagen 372.
Staatsbeamter in Ruhestand, Anstellung bei KK. 300.
Stellung, gehobene 287, 697.
Sterbegeld, Begräbniskosten 61, 63, 180; Bemessung KV. 429; als Familienhilfe 180; Lohnstufe 372; Tod nach Ausscheiden KV. 579.
Steuergesetze und Versicherungsträger 31, 96.
Stillgeld, Höhe 447, 490; für Tag der Geburt 560; Verlust der Mitgliedschaft 80.
Stimmzettel, Gültigkeit 607.
Strafbeitrag, Haftung des Arbeitgebers 160.
Strafe, Festsetzung durch VA. 78; Verletzung der Meldevorschriften 571.
Straffreiheit AV. 28.
Strafverfolgung, Verjährung UV. 247.
Strafverfügung des Vorsitzenden UV. 247.
Streik, Lösung des Arbeitsverhältnisses 67, 177.
Streik über Erstattungsansprüche, Zuständigkeit 78.
Streikgenossenschaft bei Feststellung der Unfallentschädigung 348.
Streikverfahren wegen Kassenleistungen, Beiladung des Unternehmers 399.
Supernumerar s. Finanzamt.

Tagegelder als Barauslagen UV. 371.
Tarifabkommen mit Ärzten 19.
Tarifgemeinschaft der KKn. mit Zentralverband der Angestellten 35.
Taschengeld 220, 240, 479.
Täuschung s. Beschäftigungsverhältnis.
Teuerungszulage RVG. 15; Erhöhung UV. 484.
Torfgewinnung, kein landwirtschaftlicher Nebenbetrieb 80.
Transport aus Krankenhaus, Kosten 120.
Tschecho-Slowakei, Familienwochenhilfe 300.
Tuberkulosekongreß 275.
Tumultschaden 320, 414, 424, 633.
Turnen, Unfall 678.

Überführung eines Kranken, Kosten 311.
Überwachungsausschuß s. Ausschuß.
Überwachungsbeamte, höhere Angestellte? 180.
Umanerkennung nach RVG. 530.
Umlageberechnung UV. 406.
Unfall bei Antritt zur Arbeit 170; außerhalb der Arbeitsstätte 94; Verletzung durch Mitarbeiter 219; Sachschaden 20; neuer Versicherungsfall 499; auf Weg zur Betriebsstätte 620.
Unfallrente, alte und neue 369; Änderung 158; in fremdem Betrieb, Ansprüche gegen BKK. und Pensionskasse 559; Haftung dritter 160; Änderung des Gesundheitszustandes 218; in Polen 481; mit Rente der JV. 506; Verzicht 538; Zulage 247, 252, 253, 352, 371, 373, 512, 629; Zugriff eines anderen Versicherungsträgers 480.
Unfallverhütung 225.
Unfallzuschuß zu Krankengeld 539; für Sonntag 260.
Unternehmer, Fürsorgepflicht UV. 252; Wechsel bei Pachtung UV. 371.
Urlaub, Fortdauer der KV. 80, 260.

Verband der LKKn. 357, 398, 597; der LVAnsten 635, 655; landwirtschaftl. VGen 672.
Verdienstgrenze AV. 376, 497.
Vereinigung von stellvertretenden Vorsitzenden der VAr. 57.
Verfahren, Auslagen bei Streit zweier Versicherungsträger 508; in Versorgungssachen 291.
Verheiratung, Ausscheiden aus Versicherungspflicht AV. 27, 328.
Verjährung, Hemmung, Unterbrechung 587; Leistungen 568; Rentenanspruch 621; Rückforderung von Beiträgen AV. 272, 328; Strafverfolgung 540.
Vermessungstechniker AV. 395.
Vermögensnachweis der KK. 419.
Verordnung s. Bundesrat.
Verschollenheit s. Kriegsverschollener.
Versicherung, irrtümliche KV. 668.
Versicherungsamt, Aufsichtsrecht über KK. 610.
Versicherungsanstalten, Notlage 356.
Versicherungsberechtigung, Erweiterung KV. 476.
Versicherungsfall, neuer, Dauer der Krankenhilfe 119.
Versicherungsfall, einer oder mehrere? KV. 79, 100.
Versicherungsfreiheit, Ausdehnung 366; AV. 28, 150, 328, 474, 593; Arbeitnehmerbeiträge AV. 151; Beamten usw. 58, 89, 535; Merkblatt AV. 336; Nebenbeschäftigung KV. 400; Privatdienstvertrag AV. 395; Tätigkeit im Krieg AV. 214; § 205a RVO. 66, 87, 90; Rückzahlung von Beiträgen AV. 395.
Versicherungsgrenze AV. 355; bei Anrechnung von Ruhegehalt 230; KV. 569.
Versicherungsinspektor, Handlungsgehilfe oder Agent? 558.
Versicherungskarten, Gültigkeitsdauer AV. 33.
Versicherungsmarken, Verteuerung JV. 133, 143, 162, 189.
Versicherungspflicht, Aufhören AV. 8; Ausdehnung UV. 251; Feststellung AV. 214; Fortsetzung nach Krieg AV. 670; Prüfung AV. 670; Umfang AV. 473; Voraussetzung AV. 670; vorgespiegelte 667; s. Beschäftigungsverhältnis.
Versorgungsanspruch nach RVG. 8, 350.
Versorgungsgerichte, Überlastung 516.
Versorgungshausgeld 235, 299, 546.
Versorgungskrankengeld 177, 298, 349, 459, 498, 556.
Verteilung der Leistungen JV. 471.
Verwaltungskosten der KKn. 75, 337.
Verwiegeaufseher in Bergwerk AV. 651.
Vollstreckungsbeamte 368.
Volontär als Lehrling 230.
Vordrucke 508, 569.
Vorsitzender s. Vereinigung.
Vorstand, Auslagen 427; Sitzung 219, 638; Wahl 658.

Wächter eines Fabrikgrundstücks UV. 371; einer Wach- und Schließgesellschaft UV. 572.
Wäger AV. 95.
Wahl, Bekanntmachung 339; Berechtigung 479, 491, 519; Druckkosten 499; Sonntag? 499; Vorschläge 248, 499; Zeit 158.
Wählbarkeit, AV. 699; Arbeitgebervertreter KV. 198; Arbeitgeber oder Versicherte? 519; Erwerbslose KV. 479, 491; Auftraggeber der Hausgewerbetreibenden 519.
Waisenausgleuer, Ges. v. 16. 6. 16 372; Berechnung 629; Fortfall 505; Wiederverheiratung 54, 372.
Waisenrente, Annahme an Kindes statt AV. 214; Höhe JV. 504.
Wandertheater, Versicherungspflicht 318.
Wartezeit, Abkürzung AV. 473; Mehrleistungen KV. 220, 513; für Krankengeld, Wegfall 219; Vorauszahlung der Beiträge AV. 670.
Weg zum Dienst, Unfall MV. 193; zur Befolgung eines Einberufungsbefehls, Beschädigung MV. 151; s. Unfall.

Digitized by Google

Weiterversicherung, Änderung der Lohnstufen KV. 325; Antragsfrist 93, 248, 372, 399; Auflösung der KK. 611; Lohnstufe 157, 367, 372, 410, 698; Voraussetzung 339; zuständige KK. 248.
Wiederaufnahme, neue Urkunden 568; bei rechtskräftiger Abweisung 420.
Wiedereinsetzung 347, 568, 586.
Wiegemeister UV. 651.
Witwengeld, Fortfall JV. 505.
Witwenrente, Berechnung UV. 214; Höhe JV. 504; Vererblichkeit UV. 27, 135; s. Beihilfe.
Wochenbett und Tod, Kassenleistungen 102.
Wochenfürsorge, Bedürfnis 338; in Berlin 26; Einkommensgrenze 449; bei Getrenntleben 5; Kranke Wöchnerin 599; Landwirtsfrau 195; Reichswehrangehörige 25, 289; nach Tod des Mannes 439, 455; desgl. der Wöchnerin 519, 596; Zuständigkeit des VA. 519, 599.
Wochengeld vor und nach Entbindung 639; freiwillig Beitretende 128; Höhe 445, 490; und Krankengeld 140, 277, 458, 460; weibl. Lehrling 168.
Wochenhilfe, Abholung fälliger Beträge 158; Änderung der §§ 195a ff. RVO. 489; Antragsrecht 129; Anrechnung versicherungsfreier Zeit 571; Anspruchsberechtigte 443; Anweisung der Leistungen 450; Arzthilfe 96, 569; Ausgleichung zwischen KKn. 77, 78, 91, 248, 317, 337, 340, 379, 448, 460, 479, 480, 519, 560, 599, 626; Beihilfe für Arzt und Hebamme 490; Beitragsfreiheit 454; Aufgabe der Beschäftigung wegen Niederkunft 78; Beschwerde 490; Änderungsgesetze 53, 64, 441, 528, 549; Keine Doppelleistungen 539; Entbindungskostenbeitrag 443; Frau entlassenen Kriegsteilnehmers 38; Erhöhung 236; Ersatzkassen 340, 443, 490; Familienwochenhilfe 379; freiwillig Versicherte 119, 569; Fristberechnung 537; Knappschaftl. KK. 26; und Krankenhilfe 234; Landwirtschaftl. Arbeiter 358; Legitimation des unehel. Kindes 677; Minderbemittelte 490; Reichswehrangehörige 25, 289; Sachleistungen 5, 115, 116, 610; Schwangerschaftsbeihilfe 444; nach Tod 219; Totgeburt 258; Übergangszeit 490, 498, 588; Uneheliche 449; Zeit der Versicherungsfreiheit 372; § 214 RVO. 380; s. Kriegswochenhilfe.
Wöchnerinnenheim 240, 559.
Wohlfahrtspflege und Sozialversicherung 293.
Wohnsitz in abgetretenem Gebiet UV. 671.
Wohnungsverhältnisse der Kassenmitglieder 75.

Zahlmeister, Zivildienst 614.
Zahltag, KV. 270.
Zahnarzt, Vereinbarung des Verbandes mit KKn. 138.
Zahnersatzmittel, zerstörtes, Ersatz 557.
Zahntechniker 698.
Zeichner s. Musterzeichner, Schnittmusterzeichner.
Zeitungsträgerin, Versicherungsfreiheit 160.
Zentralschiedsamt für KKn. und Ärzte 357.
Zentralverband s. Tarifgemeinschaft.
Zengengebühren 687.
Zivilsupernumerar, Versicherungsfreiheit 548.
Zusatzrente, Abfindung JV. 632; Kapitalisierung JV. 472.
Zusatzversicherung JV. 505.
Zuschlag nach Berl. Abkommen 37.
Zuschneidekunst UV. 214.
Zuschußkassen UV. 473.
Zuständigkeit des OVA. 18; örtliche der Spruchbehörden 426; des VA. 5.
Zustellung an Minderjährigen MV. 194.
Zwangsimpfung KV. 536.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Str. 12.
Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., in Berlin SW 68, Kochstr. 68—71

Digitized by Google

634 2 V

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

Heft 1303 der ganzen Folge.

38. Jahrgang | 3. Januar 1921 | Heft 1

Zur Versicherungspflicht der von Besatzungstruppen oder Ausschüssen der vormals feindlichen Staaten im Deutschen Reiche beschäftigten Personen.

Vom Geheimen Justizrat Hahn in Zehlendorf (Berlin).

In der ArbVers. von 1915 S. 720 Ziff. 9 ist folgende Auskunft erteilt: „Gegen einen ausländischen Konsul, der nach Staatsvertrag der inländischen Gerichtsbarkeit nicht untersteht, kann auch kein Zwang zur Erfüllung der Pflichten ausgeübt werden, die nach der RVO. dem Arbeitgeber hinsichtlich der Krankenversicherung seiner Bediensteten obliegen. Für das Gebiet der Invalidenversicherung hat der Bundesrat auf Grund des § 1231 RVO. bestimmt, daß die deutschen Bediensteten ausländischer Staaten und solcher Personen, die nicht der deutschen Gerichtsbarkeit unterstehen, die Pflichten der Arbeitgeber zu erfüllen haben (Bek. v. 6. März 1912, RGBl. S. 191). Für die Krankenversicherung fehlt eine solche Bestimmung und auch die entsprechende gesetzliche Ermächtigung des Bundesrats. Hiernach können die Beiträge, wenn sie nicht gutwillig gezahlt werden, in keiner Weise beigetrieben werden, und zwar auch nicht die auf die Versicherungspflichtigen selbst entfallenden Beitragsteile, da nach § 393 RVO. die Pflicht zur Einzahlung der gesamten Beiträge lediglich dem Arbeitgeber obliegt."

Bei dieser Auskunft handelte es sich um einen ausländischen Konsul, der auf Grund eines Staatsvertrages das Recht der „Exterritorialität" genoß. Darunter ist die Gesamtheit derjenigen Vorschriften zu verstehen, die aus Gründen internationalen Rechts gewisse Ausländer von der sonst sich auf alle im Inlande sich aufhaltenden Personen erstreckenden Geltung der inländischen Gesetze ausnehmen. Der Umfang dieses Ausnahmerechts kann für verschiedene Klassen von Personen verschieden und wird oft nicht ganz sicher zu umgrenzen sein. Die Grundlage solcher Vorrechte bildet oft das internationale Herkommen, also ein ungeschriebenes Gewohnheitsrecht für den Verkehr der Völker, oft aber auch die ausdrückliche, gesetzliche oder staatsvertragliche Anerkennung durch den Inlandsstaat, in dem der bevorrechtigte Ausländer sich aufhält (zu vgl. § 15, 200 ZPO.; §§ 18 bis 21 GerVerfGes. Näheres: Zorn bei Stengel-Fleischmann, Wörterbuch des deutschen Staats- und Verwaltungsrechts, 2. Aufl. 1911 unter „Exterritorialität"). Eine andere Grundlage jenes Ausnahmerechts haben wir infolge des unglücklichen Kriegsausgangs kennen gelernt: die harte Macht der Tatsachen. Um die Ausführung des Vertrages von Versailles zu sichern, bleiben weite Gebiete des Deutschen Reichs mit Truppen der alliierten und assoziierten Mächte besetzt (Art. 428 ff.). „Interalliierte Überwachungsausschüsse" mit weitgehenden Befugnissen überwachen die Ausführung der von

Digitized by Google

Deutschland übernommenen Verpflichtungen und dürfen Dienststellen am Sitz der Reichsregierung einrichten (Art. 203 ff.), und der „Wiedergutmachungsausschuß", der die von Deutschland zu zahlende Kriegsentschädigung festsetzen soll (Art. 233 nebst Anlage II) und seine Befugnisse auf Sonderausschüsse oder auf einzelne Beamte oder Beauftragte übertragen kann (§ 7 der Anl. II), hat zwar seine ständige Hauptgeschäftsstelle in Paris, kann aber jederzeit auch an einem anderen, geeignet erscheinenden Orte, also auch im Reichsgebiete, tätig werden (§ 5 der Anl. II). Nirgends aber in dem ganzen Vertrage findet sich ein Wort über die allgemeine Rechtsstellung der zahlreichen Ausländer, die hiernach im Gebiete des Deutschen Reichs sich aufzuhalten und zu wirken berufen sind, gegenüber dem Reich, insbesondere ob und inwieweit sie von denjenigen Gesetzen ausgenommen sind, die sonst für Ausländer in Deutschland gelten. Es war nicht nötig, davon zu reden; Sinn und Zweck des Vertrages sprechen deutlich genug: Alle jene Personen kommen, um namens ihrer Staaten uns zu zwingen, und haben die Macht dazu, und es kann nicht davon die Rede sein, daß wir sie auf Grund unserer Gesetze zur Erfüllung irgendwelcher Leistungspflichten im Wege unserer Rechtsprechung und Zwangsvollstreckung anhalten könnten. Danach haben wir sie auf Grund des Friedensvertrages und der tatsächlichen Machtverhältnisse als „exterritorial" anzusehen.

Unter diesem Gesichtspunkte trifft das, was in der obenerwähnten Auskunft von den Bediensteten eines ausländischen Konsuls bemerkt ist, auch auf alle Personen zu, die von den Besatzungstruppen oder den erwähnten Ausschüssen, oder auch von einzelnen zu diesen Truppen oder Ausschüssen gehörigen Personen für ihren eigenen Bedarf, in sonst versicherungspflichtiger Art beschäftigt werden. Aber die Auskunft betraf nur eine Seite eines umfassenden Problems. Es handelt sich vor allem um die keineswegs nur theoretisch, sondern auch wegen der praktischen Folgen wichtige Frage, ob wegen der Undurchführbarkeit der Versicherung im Wege des Zwanges die Versicherungspflicht überhaupt zu verneinen ist. In meinem Handb. d. KrVers. Anm. 3 zu § 165 RVO. habe ich, im Anschluß an Zahn in ArbVers. 1895 S. 510 ff. und Rosin, Recht der Arbeiterversicherung Bd. II S. 95 ff., bemerkt: daß auch die deutschen Bediensteten der ausländischen Gesandten und exterritorialen Konsuln in Deutschland an sich nicht versicherungsfrei sind, daß nur die Durchführung der Versicherung, ein Zwang gegen die Arbeitgeber zur Erfüllung der ihnen vom Gesetz auferlegten Pflichten (Anmeldung, Beitragsleistung), in solchen Fällen nicht angängig ist. Von der gleichen Auffassung geht offenbar auch jene Auskunft aus, da sie mit der Möglichkeit gutwilliger Zahlung der Beiträge rechnet, also eine Beitragspflicht und — als deren Voraussetzung — die Versicherungspflicht an sich als bestehend ansieht. Eine andere Auffassung vertritt Witowski (Exterritorialität und deutsche Sozialversicherung) in der MonSchr. f. Arb. u. Angest. Vers. 1915 Sp. 681 ff. Er nimmt an, daß die gesetzlichen Vorschriften nur so weit gelten, als der zu ihrer Durchführung erforderliche Zwang rechtlich ausführbar sei, daß diese Voraussetzung zwar bei der Invaliden- und Angestelltenversicherung gegeben sei, insofern hier die an sich dem Arbeitgeber obliegenden Pflichten auch vom Arbeitnehmer erfüllt werden könnten (zu vgl. auch § 1231 RVO., § 5 AngestVersGes.), daß die Voraussetzung aber bei der Kranken- und Unfallversicherung fehle, daß daher die Entstehung eines Versicherungsverhältnisses für die Bediensteten der Exterritorialen und folglich auch der Fürsorgeanspruch zu verneinen sei, daß aber die Kassen eine Versicherung gelten lassen „können", wenn exterritoriale Arbeitgeber oder deren Beschäftigte (!) aus freien Stücken die Pflichten des Arbeitgebers erfüllen, und daß vielleicht auch § 176 Ziff. 1 RVO. einen Ausweg biete.

Diese Ausführungen erscheinen weder befriedigend noch folgerichtig. Pflichten der Arbeitgeber kommen nur bei der Pflichtver-

Digitized by Google

sicherung in Frage, und bei dieser kommt es auf eine Entschließung des Versicherungsträgers nicht an; die Versicherung wird beim Vorliegen bestimmter Tatbestände kraft Gesetzes, unabhängig vom Willen der Beteiligten, insbesondere des Versicherungsträgers, wirksam, und sie ist beim Mangel der gesetzlichen Voraussetzungen, auch wenn der Versicherungsträger darüber hinwegsehen wollte, schlechthin ausgeschlossen. Wenn es richtig wäre, daß die Beschäftigten der Exterritorialen der Versicherungspflicht nach § 165 RVO. überhaupt nicht unterliegen, weil der zur Durchführung erforderliche Zwang rechtlich ausgeschlossen ist, so wäre die Krankenkasse nicht befugt, die Versicherung gleichwohl gelten zu lassen; vielmehr käme dann nur freiwillige Versicherung mit ihren beengenden Voraussetzungen und eingeschränkten Wirkungen in Frage (§§ 176 Ziff. 1, 215, 310, 314 RVO.), womit dem Bedürfnisse wohl nur in seltenen Fällen genügt wäre. Die Selbstanmeldung des Beschäftigten als Anmeldung zur Pflichtversicherung, die doch dem Arbeitgeber obliegt, anzusehen, die von dem Beschäftigten angebotenen Beiträge als Pflichtbeiträge entgegenzunehmen und daraufhin den Beschäftigten als Pflichtmitglied zu behandeln, ist schlechthin ausgeschlossen. Die Kasse hätte keinen Rechtstitel zur Beitreibung von Rückständen (§ 28 RVO.), keine rechtliche Möglichkeit, den Beschäftigten, wie sonst den Arbeitgeber, zur Meldung von Änderungen des Beschäftigungsverhältnisses, zur Abmeldung, zur Fortzahlung der Beiträge, zu Strafleistungen anzuhalten (§§ 317, 397 Abs. 1, 530, 531 RVO.) usw. Was Witowski als zulässig ansieht, wäre eine „freiwillige Pflichtversicherung" — ein Widerspruch in sich und eine rechtliche Unmöglichkeit!

Anderseits aber darf bei der Prüfung der Frage, ob Versicherungspflicht und folglich Pflichtmitgliedschaft bei der zuständigen Kasse besteht, die Unerzwingbarkeit der Erfüllung der Arbeitgeberpflichten keineswegs ganz außer Betracht bleiben. Allerdings hängt das Entstehen und Fortbestehen der Pflichtmitgliedschaft nicht von der tatsächlichen Erfüllung der Anmelde- und der Beitragspflicht ab; wohl aber besteht ein enger Zusammenhang der Pflichtmitgliedschaft mit den Pflichten des Arbeitgebers derart, daß diese nicht ohne jene, jene nicht ohne diese zu denken sind. Es gibt keine Pflichtversicherung ohne Melde- und Beitragspflicht des Arbeitgebers, und dem Fehlen dieser Pflichten ist es gleichzustellen, wenn die rechtliche Möglichkeit, ihre Erfüllung zu erzwingen, versagt. Die gegenteilige Auffassung würde zu Folgerungen führen, die mit Sinn und Zweck des Gesetzes unvereinbar sind. Den Beschäftigten der Exterritorialen würden die vollen satzungsmäßigen Ansprüche auf Kassenleistungen zustehen, ohne daß die Kasse die rechtliche Möglichkeit hätte, durch eine ordnungsmäßige Anmeldung die Grundlagen für die Bemessung der Leistungen und der Beiträge zu erlangen und die Entrichtung dieser Beiträge nötigenfalls zu erzwingen. Und diese Ansprüche würden sogar nicht nur den deutschen, sondern auch den ausländischen Beschäftigten gebühren, da die Staatsangehörigkeit für die Frage der Versicherungspflicht grundsätzlich ohne Bedeutung ist. Das wäre widersinnig und ist deshalb unannehmbar. Wenn nun aber der exterritoriale Arbeitgeber aus freien Stücken die Pflichten des Arbeitgebers erfüllt, so wird die Kasse nicht nur — wie Witowski annimmt — die Pflichtversicherung gelten lassen „können", sondern müssen. Denn die Geltung des Gesetzes (§ 165 RVO.) wegen Undurchführbarkeit des Zwanges zu verneinen, ist weder geboten noch angängig, wenn es des Zwanges nicht bedarf, weil der Exterritoriale sich dem deutschen Gesetze tatsächlich fügt. Dies wird freilich nur dann und nur so lange anzunehmen sein, als der Arbeitgeber alle seine versicherungspflichtigen Beschäftigten anmeldet und die Beiträge für alle auch tatsächlich zahlt. Es darf ihm nicht nachgelassen werden, eine Auslese vorzunehmen, um etwa nur die Schwachen und Alten zur Versicherung anzumelden. Bleibt er mit der Zahlung der Bei-

Digitized by Google

träge ganz oder teilweise im Rückstande unter solchen Umständen, die die Annahme rechtfertigen, daß er sich dem Gesetze nicht mehr fügt, so entfällt die Versicherung aller.

Fälle dieser Art dürften bei den Besatzungstruppen in Deutschland kaum vorkommen. Sie scheinen sich nach dem, was bekannt geworden ist, überwiegend ablehnend gegen die Versicherung ihrer deutschen Beschäftigten zu verhalten. Man hat daher verschiedentlich versucht, durch Vermittlung der Gemeinde eine Versicherung bei der Krankenkasse herbeizuführen. Wie und mit welchem Erfolge zeigt die folgende Entscheidung des Versicherungsamts für den Landkreis Solingen v. 19. November 1920 (Z. Nr. 4207):

Georg O. ist seit Februar 1919 bei der in H. einquartierten englischen Polizeitruppe als Schmied beschäftigt. Bis zum 31. 5. 1920 erhielt er seinen Lohn wöchentlich durch die Besatzungsabteilung des Bürgermeisteramtes H. ausgezahlt. Seit diesem Zeitpunkt erhält O. seinen Lohn am Löhnungstage der englischen Soldaten, und zwar unmittelbar von dem englischen Offizier. Die Anweisung zur Ausführung der Arbeit wird ihm von den Briten gegeben. Der Bürgermeister von H., der O. bis zum 31. 5. 20 zur Krankenkasse angemeldet und auch die Beiträge für ihn entrichtet hatte, meldete ihn mit Wirkung von diesem Zeitpunkt ab mit der Begründung, daß er bzw. die Gemeinde nicht mehr als Arbeitgeber des O. angesehen werden könne. Die Engländer haben seine Versicherung nicht übernommen. Die allgemeine Ortskrankenkasse H. hält die Gemeinde aber auch weiterhin für verpflichtet, O. zu versichern. Sie nimmt unter anderem Bezug auf einen in der Zeitschrift „Die Ortskrankenkasse" erschienenen Artikel, worin vorgeschlagen wird, die Gemeinde zu verpflichten, für alle von den fremden Besatzungstruppen beschäftigten Deutschen auf Grund des § 12b der Verordnung über Erwerbslosenfürsorge in der Fassung vom 16. 4. 20 (RGBl. S. 416 ff.) die Versicherung zu übernehmen.

Dieser Vorschlag entbehrt aber der gesetzlichen Grundlage und kann daher nicht angewendet werden. Eine Versicherung auf Grund der angezogenen Verordnung ist nur für den Fall tatsächlicher Erwerbslosigkeit, die hier nicht in Frage kommt, gegeben. Aber auch im übrigen kann die Gemeinde nicht für verpflichtet angesehen werden, insbesondere kann sie nicht als Arbeitgeber des O. betrachtet werden, etwa darum, weil sie bzw. Staat oder Reich die Kosten seiner Entlöhnung als einen Teil der Besatzungskosten zu tragen hat. Die Arbeitsleistungen des O. erfolgen im Interesse und für den Vorteil der Engländer, die auch ihrerseits die Anweisung zur Ausführung der Arbeit geben sowie die Löhnung bewirken. Es ist daher nicht zweifelhaft, daß die Engländer als Arbeitgeber anzusehen sind. Da diese außerhalb des deutschen Rechts und der deutschen Staatsgewalt stehen, so läßt sich die Erfüllung der Pflichten als Arbeitgeber, die bei der Durchführung der Versicherung unerläßlich ist, nicht herbeiführen und erzwingen; demnach besteht für O. die rechtliche und tatsächliche Unmöglichkeit, auf Grund seines Beschäftigungsverhältnisses Mitglied der Kasse zu werden.

Es muß ihm überlassen bleiben, falls die Voraussetzungen erfüllt sind, auf Grund des § 313 RVO. sich selbst zu versichern und die Leistung der Beiträge, die ihm nach Angabe der Engländer vom Lohn nicht abgehalten werden, selbst zu übernehmen.

Diese Entscheidung ist im Ergebnis und in der Begründung zu billigen. Den darin erwähnten Bemerkungen von Bruns in „Ortskrankenkasse" 1919 Sp. 620 ff. ist bereits Fuisting a. a. O. 1920 Sp. 7, 8 mit gleicher Begründung entgegengetreten. Er fügt hinzu: „Die einfachste Lösung wäre es, wenn andere Stellen, wie die Gemeinden, heimische Betriebsverwaltungen und dgl. die Arbeitgeberpflichten erfüllen und dabei die Lohnabzüge zur Erfüllung der Beitragspflicht der Arbeitnehmer vornehmen könnten. In vielen Fällen wird sich das bewerkstelligen lassen, aber nicht überall. Es werden Fälle vorkommen, in denen von den Besatzungsbehörden veranlaßte oder eingeleitete Unternehmungen den deutschen Interessen in solchem Maße widersprechen, daß deutsche Behörden oder Verwaltungen sich freiwillig nun und nimmer als Unternehmer betrachten können . . ." Hiermit ist zugleich zutreffend ausgedrückt, daß die Versicherung nicht etwa dadurch bewirkt wird, daß die Gemeinde an Stelle der Besatzungsbehörde, als des Arbeitgebers, die Beiträge zahlt usw., sondern nur dadurch, daß sie selbst als eigentliche Arbeitgeberin auftritt und demgemäß die gesetzlichen Arbeitgeberpflichten wirklich hat, wie z. B. wenn sie es übernommen hat, gewisse Bedürfnisse der Besatzungsbehörde durch Annahme von Arbeitern für eigene Rechnung der Gemeinde zu befriedigen (zu vgl. ArbVers. 1920 S. 277, 278 Ziff. 4).

Eine befriedigende Lösung der ganzen Frage kann nur von dem Gesetzgeber erwartet werden.

Digitized by Google

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Grundsätzliche Entscheidungen (Bescheide, Mitteilungen) des Reichsversicherungsamts.

(Nr. 11 der Amtl. Nachr. v. 15. November 1920.)

I. Unfallversicherung.

Die durch den Wohn- oder Beschäftigungsort des Berechtigten zur Zeit der Einspruchvernehmung (§§ 1601, 1594 RVO.) begründete Zuständigkeit des Versicherungsamts wird auch für die Fortsetzung des Einspruchverfahrens, insbesondere die mündliche Verhandlung und Erstattung des Gutachtens (§§ 1602, 1605) durch einen nachträglichen Wohnungswechsel nicht berührt. Das hiernach zuständige Versicherungsamt kann nötigenfalls das Versicherungsamt des neuen Wohn- oder Beschäftigungsorts um nochmalige Vernehmung des Berechtigten im Wege der Rechtshilfe ersuchen (3048 S. 411).

Die einem gewerblichen Unternehmer von einem Landwirt und Fischer im Wege Verkaufs überlassene Aberntung von Binsen in einem Flusse ist, als Zubehör der Landwirtschaft des Flußnutzungsberechtigten, landwirtschaftlich versichert (3049 S. 413).

II. Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Der infolge Ablehnung der Krankenhauspflege verlorne Anspruch auf Kassenleistungen lebt im Falle des § 184 Abs. 3 Ziff. 1 RVO. wieder auf, sobald Krankenhauspflege nicht mehr erforderlich ist (2600 S. 414).

Die Ausschlußfrist von sechs Monaten für Ersatzansprüche nach §§ 1528, 1531 bis 1537, 1539 RVO. beginnt mit dem Ende der vom Ersatzberechtigten gewährten Unterstützung (2601 S. 415)*).

Daß an Stelle der in §§ 195a Ziff. 1 und 3 und 205a RVO. vorgesehenen baren Beihilfen Sachleistungen zu gewähren sind, kann nur durch Vorstandsbeschluß, nicht durch die Satzung bestimmt werden (2602 S. 416).

B. Zur Krankenversicherung.

Ersatzpflicht des Reiches hinsichtlich der Mehrleistungen an Familienwochenhilfe.

Bescheid des **Reichsarbeitsministers** vom 2. Dezember 1920 (II A. 7914).

Nach dem unzweideutigen Wortlaut des Gesetzes bezieht sich die Erstattungspflicht des Reichs auch auf die im § 205a Abs. 2 Satz 2 RVO. in der Fassung des § 4 des Gesetzes, betreffend Änderung des Gesetzes über Wochenhilfe und Wochenfürsorge vom 26. September 1919 (RGBl. S. 1757) vom 30. April 1920 (RGBl. S. 853) zugelassenen Mehrleistungen der Krankenkassen.

Zu vgl. ArbVers. 1920 Heft 27 S. 539, Heft 33 S. 645, Heft 36 S. 712.

Wochenfürsorge für eine vom Ehemann getrennt lebende Frau.

Entscheidung des **Versicherungsamts Witten** vom 1. Oktober 1920.

Die Ehefrau Martha S. hat sich am 2. April 1919 von ihrem Ehemanne wegen ehelicher Untreue und Mißhandlung getrennt. Am 28. Februar 1920 ist die Ehe durch Urteil des Landgerichts Bochum geschieden und der Ehemann als der allein schuldige Teil erklärt worden. Seit ihrer Trennung befindet sich die Klägerin im Haushalt ihrer Mutter. Der Mann arbeitet seit seiner Entlassung vom Militär (November 1918) auf der Eisenbahnwerkstatt und ist Mitglied der Allgemeinen Betriebskrankenkasse Bezirk Essen. Am 23. Oktober 1919 ist die Klägerin von einer Tochter entbunden. Ihren bei der gen. Krankenkasse gestellten Antrag auf Gewährung der Familienhilfe nach § 10 des Gesetzes vom 26. September 1919 hat die Betriebskrankenkasse mit der Begründung abgelehnt, sie habe z. Zt. der Entbindung nicht mehr mit ihrem Ehemanne in häuslicher Gemeinschaft gelebt. Daraufhin stellte sie bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse Witten den Antrag auf Wochenfürsorge nach § 17 des angezogenen Gesetzes. Die Kasse lehnte den Antrag ebenfalls ab, weil Klägerin nicht als minderbemittelt anzusehen sei, da die Ehe z. Zt. der Niederkunft noch nicht geschieden war und daher das Einkommen des Mannes mit in Frage komme. Beide Einkommen übersteigen aber weit die Grenze von 2500 ℳ. Die Klägerin hat seit der Trennung von ihrem Manne bis zum Tage ihrer Niederkunft von diesem nur 150 ℳ erhalten. Weil sie sonst weiteres Einkommen nicht hatte, mußte sie die öffentliche Armenpflege in Anspruch nehmen.

Das Versicherungsamt hat die Kasse zur Gewährung der Wochenfürsorge verurteilt aus folgenden Gründen:

Nach § 17 des Gesetzes vom 26. 9. 19 gilt eine verheiratete Wöchnerin als minderbemittelt, wenn ihres Ehemannes und ihr Gesamteinkommen in dem Jahre oder Steuerjahre vor der Entbindung den Betrag von 2500 ℳ nicht überstiegen hat. Dagegen gilt eine unverheiratete Wöchnerin als minderbe-

*) In den Amtl. Nachr. lautet die Überschrift dieser Entscheidung fehlerhaft wie folgt: „Die Ausschlußfrist des § 1539 RVO. beginnt 6 Monate nach Ablauf der Unterstützung seitens des Ersatzberechtigten."

Digitized by Google

mittelt, wenn ihr Gesamteinkommen in dem gleichen Zeitraum 2000 ℳ nicht übersteigt. Es war zu prüfen, ob die Klägerin beim Eintritt des Versicherungsfalles bereits als unverheiratete Wöchnerin anzusehen und ob sie minderbemittelt war. Wenn auch Tatsache ist, daß die Ehe bei der Niederkunft der Klägerin rechtsförmlich noch bestand, so war aber anderseits das eheliche Band bereits tatsächlich genau so gelockert als nach der Ehescheidung. Die Klägerin hatte alsbald nach der Trennung von ihrem Manne die Ehescheidung beantragt. Eine Schuld, daß der Ehescheidungsprozeß sich in die Länge zog und das Urteil erst nach fast 11 Monaten ihrer Trennung, also nach Eintritt des Versicherungsfalles, gefällt ist, kann der Klägerin nicht beigemessen werden. Hat aber die eheliche Gemeinschaft am Tage der Niederkunft nicht mehr bestanden, so muß auch die Klägerin vom Zeitpunkte der Trennung an als geschieden angesehen und damit in dieser Streitfrage allein nach ihren eigenen Verhältnissen beurteilt werden. Geschieht das, so kommt es allein auf ihre eigenen Einkommensverhältnisse und nicht mehr auf diejenigen ihres geschiedenen Ehemannes an. Denn es fehlt im Gesetz an jedem inneren Grunde, daß die als geschieden anzusehende Frau in der Frage des Minderbemitteltseins ungünstiger zu beurteilen ist, als die alleinstehende unverheiratete Wöchnerin.

Die Klägerin wird aus öffentlichen Armenmitteln unterstützt. Fraglos liegt schon hierin der Nachweis, daß sie zu den minderbemittelten Wöchnerinnen im Sinne des § 17 a. a. O. zu zählen ist, deren Anspruch auf Wochenfürsorge begründet ist.

Anmerkung: Nach § 17 des Wochenhilfegesetzes in der Fassung vom 22. 5. 20 würde die Entscheidung begründet sein. Denn danach darf das Einkommen des Ehemannes dem der Wöchnerin nur hinzugerechnet werden, „falls sie allein" steht, und dieser Zusatz zielte gerade darauf ab, solche Fälle, wie den vorliegenden, zu treffen (zu vgl. Jaeger, Wochenhilfe Anm. 12 und 13 zu § 17 S. 101, 102). Aber hier handelte es sich um einen noch nach dem Ges. v. 26. 9. 19 zu beurteilenden Fall, und dieses Gesetz enthält die erwähnte Bedingung für die Zusammenrechnung der Einkommen der Eheleute nicht. Die Entscheidung ist daher keineswegs zweifelsfrei; aber man kann sie wohl gelten lassen, wenn man unterstellt, daß die neue Fassung wohl nur auf eine maßgebende Erläuterung und Beseitigung eines Zweifels abzielte, der aus Erwägungen der Billigkeit auch nach dem früheren Rechte im Sinne der Entscheidung zu lösen war.

Annahme eines dringenden Falles (§ 368 RVO.) auch für die Weiterbehandlung.

Urteil des **Versicherungsamts Kreuznach** vom 2. Juli 1920 (K. 3/20).

Kläger erkrankte im Frühjahr 1919 an einer angeblich schweren Halskrankheit. Der für die Behandlung zuständige Kassenarzt war durch Krankheit verhindert. Als die Krankheit allmählich immer schlimmer wurde, wandte sich Kläger ohne Erfolg nacheinander an zwei andere Ärzte, und, da diese aber erst am nächsten Tage kommen könnten, schließlich in der höchsten Not an den Nichtkassenarzt Dr. H., in Wallhausen, der auch an demselben Tage noch abends gegen 11 Uhr erschien und sofort eine Operation vornahm mit dem Bemerken, daß es die höchste Zeit gewesen sei. Am nächsten Tage hat dieser Arzt nochmals geschnitten und gekratzt und dann zwei Tage später noch einmal den Hals mit dem scharfen Löffel ausgeschabt. Kläger behauptet, daß ihm bei dieser Sachlage nicht habe zugemutet werden können, sich um einen Kassenarzt zur Übernahme der Weiterbehandlung noch sonderlich zu bemühen. Er beantragt daher, zu entscheiden, daß die Beklagte die Kosten, die durch die Inanspruchnahme des Nichtkassenarztes entstanden seien, ganz übernehme, da es sich um einen dringenden Fall für die ganze Dauer der Behandlung gehandelt habe und mit Rücksicht auf das Erfordernis eines zweiten operativen Eingriffes ein Wechsel der ärztlichen Behandlung von ihm nicht habe verlangt werden können. — Die Beklagte (Krankenkasse) erklärte sich nur zur Übernahme der Kosten des ersten Besuches bereit, lehnte aber die Kosten der Weiterbehandlung durch Dr. H. ab, da, insoweit die Voraussetzungen des dringenden Falles für die Weiterbehandlung nicht anerkannt werden, dem Kranken für den folgenden Tag die Hilfe je eines Arztes in Stromberg und in Rüdesheim zur Verfügung gestanden habe, wie Kläger selbst zugebe. — Der Kläger hat den Standpunkt der Krankenkasse und des Ärztevereins nicht anerkannt, da Dr. H. ihn aus Lebensgefahr gerettet habe, und es für jeden Kranken selbstverständlich sei, daß er in der Behandlung dieses Arztes auch fernerhin verbleibe. Der Ärzteverein vertrat mit näherer Begründung den ablehnenden Standpunkt der Kasse, während der örtliche Kassenverband den Standpunkt des Klägers vertrat, weil andernfalls die Mitglieder der Kassen in dem unglücklichen Wetterwinkel von Wallhausen und Umgebung vollständig ihrer gesetzlichen Rechte beraubt würden.

Das Versicherungsamt entschied im Sinne des Klägers aus folgenden Gründen:

Nach § 368 RVO. werden die Beziehungen zwischen Krankenkasse und Ärzten durch schriftlichen Vertrag geregelt. Die Bezahlung anderer Ärzte kann die Krankenkasse, von dringenden Fällen abgesehen, ablehnen. Ein dringender Fall liegt vor, wenn bei Gefahr im Verzuge, der von der Kasse verpflichtete Arzt nicht rechtzeitig gerufen werden kann. Es handelt sich immer um die zeitliche Dringlichkeit. Für die erste Operation ist diese Voraussetzung bereits als zutreffend anerkannt. Für die Weiterbehandlung liegt eine Dringlichkeit nur dann vor, wenn ohne Gefahr einer Verschlimmerung, oder einer erheblichen Steigerung oder Verlängerung der Schmerzen nicht bis zum Eintreffen des Kassenarztes gewartet werden kann. Ist demnach für die erste Inanspruchnahme des Nichtkassenarztes die Dringlichkeit des Falles bereits anerkannt worden, so kann ein Wechsel nur verlangt werden, wenn dieser ohne Gefährdung des körperlichen Zustandes des Erkrankten oder ohne Beeinträchtigung der Art der ärztlichen Behandlung möglich ist. Vom rein ärztlichen Standpunkt aus mag es vielleicht, wie der ärztliche Sachverständige in der heutigen mündlichen

Digitized by Google

Verhandlung ausführte, unzulässig sein, die Dringlichkeit des Falles für die weitere Behandlung anzuerkennen. Der Spruchausschuß des Versicherungsamtes war jedoch einstimmig der Ansicht, daß diesen rein ärztlichen Auslegungen in erster Linie die Interessen der Versicherten und die Rücksichtnahme auf den Erkrankten vom rein menschlichen Standpunkt aus vorzuziehen sind. Von diesem Gesichtspunkte aus betrachtet, hält es das Versicherungsamt nicht für angängig, dem hochgradig fiebernden Kranken während der sich in wenigen Tagen wiederholenden Operationen zuzumuten, einen Wechsel des Arztes vorzunehmen. Wäre ein Arztwechsel vorgenommen worden, so konnte es sehr leicht möglich sein, daß dadurch der körperliche Zustand des Erkrankten gefährdet oder die Art der ärztlichen Behandlung beeinträchtigt worden wäre. Wenn daher die Dringlichkeit des Falles für die erste Operation anerkannt wurde, so muß nach Lage des Falles auch die zweite und dritte Operation und damit auch die ganze Behandlung, da sie sich nur auf fünf bis sechs Tage erstreckte, als ein einziger dringender Fall angesehen werden.

Für die Höhe der Forderung des Arztes gelten die Grundsätze der Preuß. Gebührenordnung für Ärzte, wonach gegenüber Krankenkassen stets die niedrigsten Sätze anzuwenden sind. Da diese Mindestsätze im vorliegenden Falle nach Art und Umfang der ärztlichen Leistung noch nicht festgestellt sind, blieb nur übrig, die Leistungspflicht der Krankenkasse überhaupt festzustellen. Es bleibt der Krankenkasse im übrigen anheimgestellt, die Höhe der zu erstattenden Gebühren auf Grund der ärztlichen Gebührenordnung noch zu ermitteln.

Keine aufschiebende Wirkung der Berufung in Sachen der Krankenversicherung, auch nicht nach § 1710 RVO.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 13. Juli 1920 (2599 Amtl. Nachr. 1920 S. 407).

Nach § 130 RVO. bewirken Rechtsmittel Aufschub nur da, wo das Gesetz es vorschreibt. § 1682 schreibt vor, daß die Berufung Aufschub bewirkt, wenn es sich handelt um Wiederaufnahme des Heilverfahrens oder um Kapitalabfindung. Nach § 1710 bewirken die Rechtsmittel in der Rekurs- und Revisionsinstanz außer den Fällen des § 1682 Aufschub, wenn sie von dem Versicherungsträger eingelegt werden, soweit es sich um Beträge handelt, die für die Zeit vor Erlaß des angefochtenen Urteils nachgezahlt werden sollen. Hiernach stellt die Reichsversicherungsordnung in § 130 der Gemeinsamen Vorschriften die allgemeine Regel auf, von der die §§ 1682 und 1710 besondere Ausnahmefälle darstellen. § 1682 findet sich in dem „II. Verfahren vor dem Oberversicherungsamte" überschriebenen Unterabschnitte des zweiten Abschnitts des 5. Buches, § 1710 ist in dem folgenden „III. Verfahren vor dem Reichsversicherungsamte (Landesversicherungsamt)" bezeichneten Unterabschnitt desselben Abschnitts enthalten. Schon diese Anordnung der Vorschriften im Gesetze läßt es bedenklich erscheinen, die für das Rekurs- und Revisionsverfahren erlassene besondere Vorschrift des § 1710 auf das Berufungsverfahren zu übertragen. Eine solche Auslegung des Gesetzes würde aber auch, wie dessen Geschichte ergibt, nicht der Absicht des Gesetzgebers gerecht werden. Nach dem Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetz und den älteren Unfallversicherungsgesetzen hatten die Rechtsmittel keine aufschiebende Wirkung. Derselbe Gedanke lag der Vorschrift des § 58 Abs. 4 KrVersGes. vom 15. Juni 1883 zugrunde, wonach die Entscheidungen der Aufsichtsbehörde über Unterstützungsansprüche vorläufig vollstreckbar waren. Erst das InvVersGes. vom 13. Juli 1899 (§ 116 Abs. 1) legte der Revision der Versicherungsanstalt, um sie vor Verlusten zu schützen, insoweit aufschiebende Wirkung bei, als es sich um Beträge handelte, die für die Zeit vor dem Erlasse der angefochtenen Entscheidung gezahlt werden sollten. Gleiches schrieben die Unfallversicherungsgesetze vom 30. Juni 1900 (§ 80 Abs. 1 GewUnfVersGes. und die entsprechenden Paragraphen der anderen Unfallversicherungsgesetze von diesem Tage) für den Rekurs der Berufsgenossenschaft vor. Ferner wurde durch die letztbezeichneten Gesetze (§ 76 Abs. 5 GewUnfVersGes. usw.) die aufschiebende Wirkung der Berufung in Unfallversicherungssachen für den Fall anerkannt, daß es sich um Wiederaufnahme des Heilverfahrens handelte. Im übrigen blieb der Berufung die aufschiebende Wirkung versagt. Für die Krankenversicherung bewendete es bis zum Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung bei der durch § 58 Abs. 4 KrVersGes. getroffenen Regelung. Unter der Herrschaft des Krankenversicherungsgesetzes bewirkte also die Berufung in Krankenversicherungssachen keinen Aufschub. Die Reichsversicherungsordnung hat hieran hinsichtlich der Berufung, abgesehen davon, daß sie ihr aufschiebende Wirkung auch für den Fall beilegt, in dem es sich um Kapitalabfindung in der Unfall- und Invalidenversicherung handelt (§ 1682), nichts geändert und auch nicht ändern wollen. Nach allem kann der Berufung in Krankenversicherungssachen keine aufschiebende Wirkung beigelegt werden. Daß diese gesetzliche Regelung bei der besonderen Gestaltung der Verhältnisse der Krankenversicherung nicht für alle Fälle befriedigt, mag zugegeben werden. Die Rechtsprechung konnte jedoch zu keinem anderen Ergebnisse gelangen, zumal es sich hier nicht etwa um eine Lücke im Gesetze handelte, zu deren Ausfüllung sie berufen gewesen wäre. Hiernach rechtfertigt sich die getroffene Entscheidung.

Digitized by Google

C. Zur Angestelltenversicherung.

Zeitpunkt der Befreiung von Versicherungspflicht nach § 9 Angest. Vers. Ges.

Erlaß des **preuß. Ministers für Volkswohlfahrt** vom 13. November 1920 (Volksw. S. 408).

Der Geschäftsführer der Allgemeinen Ortskrankenkasse P. war am 1. Januar 1914 noch nicht auf Lebenszeit mit Anrecht auf Ruhegehalt angestellt. Die Anstellung unter diesen Bedingungen, und zwar mit Rückwirkung vom 1. Januar 1914 ab, wurde vielmehr erst im Laufe des Jahres 1919 von den Kassenorganen beschlossen und der entsprechende Nachtrag zur Dienstordnung am 30. November 1919 bestimmungsgemäß vom Oberversicherungsamt genehmigt. Gewährleistet war die Anwartschaft auf Ruhegehalt danach frühestens vom letztgenannten Tage ab, und nachdem die neuen Anstellungsbedingungen dem Angestellten bekanntgegeben waren. In der Entscheidung des Reichsversicherungsamts Nr. 1048, Amtl. Nachr. 1903 S. 375, auf deren Inhalt ich verweise, wird grundsätzlich festgestellt, daß eine Anwartschaft auf Ruhegehalt erst von dem Zeitpunkt ihrer Verleihung ab als gewährleistet angesehen werden kann. Diese Auffassung widerspricht dem Erlasse des Herrn Ministers für Handel und Gewerbe vom 21. Dezember 1912 (HMBl. 1913 S. 9) nicht. Denn dort ist lediglich gesagt, daß die Entscheidung der Verwaltungsbehörden nach § 9 Absatz 3 des Angestelltengesetzes deklaratorischer Natur ist. Die Entscheidungen der für die Verleihung der Ruhegehaltsanwartschaft zuständigen Stellen haben aber ihre besondere, von den in eine beliebige spätere Zeit fallenden Entscheidungen nach § 9 a. a. O. unabhängige Bedeutung.

D. Zur Militärversorgung.

Ausführungsbestimmungen des Reichsarbeitsministers zum Reichsversorgungsgesetze vom 12. Mai 1920 (RGBl. S. 989).

Vom 16. November 1920 (RGBl. S. 1907).

(Auszug)*)

Auf Grund des § 103 Satz 2 des Reichsversorgungsgesetzes vom 12. Mai 1920 (RGBl. S. 989) werden folgende Ausführungsbestimmungen erlassen:

Anspruch auf Versorgung.

Zu § 1.

1. Das Reichsversorgungsgesetz regelt die auf einer Dienstbeschädigung beruhenden Versorgungsansprüche der Angehörigen der deutschen Wehrmacht und ihrer Hinterbliebenen. Die deutsche Wehrmacht im Sinne dieses Gesetzes umfaßt nicht nur das frühere Heer, die frühere Marine und die früheren Schutztruppen, sondern auch die vorläufige Reichswehr, die vorläufige Reichsmarine und sonstige Übergangsverbände sowie das neue Reichsheer und die neue Reichsmarine.

Eine weitere Ausdehnung des Personenkreises ist im § 88 vorgesehen.

2. Als Angehörige des früheren Heeres, der früheren Marine und der früheren Schutztruppen sind anzusehen:

A. die Militärpersonen des Friedensstandes, und zwar:

1. die Offiziere, Ärzte und Militärbeamten des Friedensstandes vom Tage ihrer Anstellung bis zum Zeitpunkt ihrer Entlassung,
2. die Kapitulanten vom Beginne bis zum Ablauf oder bis zur Aufhebung der abgeschlossenen Kapitulation,
3. die Freiwilligen und die ausgehobenen Rekruten von dem Tage, mit dem ihre Verpflegung durch die Militärverwaltung beginnt, Einjährig-Freiwillige von dem Zeitpunkt ihrer endgültigen Einstellung in einen Truppenteil an, sämtlich bis zum Ablauf des Tages ihrer Entlassung aus dem aktiven Dienste.

B. 1. die aus dem Beurlaubtenstande zum Dienste einberufenen Offiziere, Ärzte, Militärbeamten und Mannschaften von dem Tage an, zu dem sie einberufen sind, bis zum Ablauf des Tages der Wiederentlassung, die zu einer Kontrollversammlung einberufenen Personen für die Dauer des Tages, zu dem sie einberufen sind; diejenigen wehrpflichtigen Auslandsdeutschen und Zivilinternierten, die bei Erteilung des Auslandsurlaubs oder vorher eine auf einen bestimmten Tag lautende Kriegsbeorderung erhalten haben, von diesem Tage an bis zur Entlassung.

Zum Beurlaubtenstande gehören:

a) die Offiziere, Ärzte, Beamten und Mannschaften der Reserve, Marinereserve, Landwehr und Seewehr,

b) die vorläufig in die Heimat beurlaubten Rekruten und Freiwilligen,

c) die bis zur Entscheidung über ihr ferneres Militärverhältnis zur Disposition der Ersatzbehörde entlassenen Mannschaften,

d) die vor erfüllter aktiver Dienstzeit zur Disposition der Truppen- (Marine-) Teile beurlaubten Mannschaften,

e) die Ersatzreservisten, die aufgebotenen Landsturmpflichtigen und diejenigen, die sich freiwillig in die Listen des Landsturms eintragen ließen.

2. alle in Kriegszeiten zum Heeresdienst aufgebotenen oder freiwillig eingetretenen, nicht durch privatrechtlichen Dienstvertrag verpflichteten Offiziere, Ärzte, Militärbeamten und Mannschaften,

*) Im Jahrgang 1920 Heft 17 S. 333 haben wir einen Auszug derjenigen Vorschriften des Reichsversorgungsgesetzes abgedruckt, welche die Krankenkassen besonders nahe angehen. Der vorliegende Auszug aus den Ausführungsbestimmungen beschränkt sich entsprechend auf die abgedruckten Vorschriften des Gesetzes.

Digitized by Google

die zu keiner der vorgenannten Gruppen gehören, von dem Tage, zu dem sie einberufen sind, oder vom Zeitpunkt des freiwilligen Eintritts an bis zum Ablauf des Tages der Entlassung.

C. die Zivilbeamten der Militärverwaltung vom Tage ihrer Anstellung bis zum Zeitpunkt ihrer Entlassung aus dem Dienste.

D. Wehrpflichtige, die auf obrigkeitlichen Befehl oder aus militärischen Gründen anläßlich des Vordringens des Feindes in deutsches Gebiet aus der gefährdeten Gegend entfernt worden sind.

3. Zu den Übergangsverbänden rechnen — außer der vorläufigen Reichswehr und der vorläufigen Reichsmarine (RGBl. 1919 S. 295, 369 und 431, AVBl. 1919 S. 215 und 263, MVBl. S. 194) — bis zur An- oder Eingliederung in die vorläufige Reichswehr oder vorläufige Reichsmarine oder bis zur Auflösung:

a) Volkswehren, die mit Genehmigung des preußischen Kriegsministeriums gebildet sind auf Grund des Gesetzes zur Bildung einer freiwilligen Volkswehr vom 12. Dezember 1918 (RGBl. S. 1424) nebst Ausführungsbestimmungen des preußischen Kriegsministeriums vom 13. Dezember 1918 Nr. 1413. 12. 18. A 1 (AVBl. S. 746) und die republikanische Schutztruppe in Groß-Berlin (diese vom 1. Februar 1919 ab).

b) Freiwilligen- und Grenzschutzverbände, die gebildet sind auf Grund des Erlasses des preußischen Kriegsministeriums vom 15. Dezember 1918 Nr. 1070. 12. 18. A 1 (AVBl. S. 739) und des Aufrufs der Reichsregierung „Freiwillige vor" nebst Ausführungsbestimmungen des preußischen Kriegsministeriums vom 9. Januar 1919 Nr. 630. 1. 19. A 1 (AVBl. S. 17).

Ihnen sind gleichzuachten die Angehörigen der Einwohner- und ähnlicher Wehren, wenn und solange diese einem militärischen Verband angegliedert sind und auf Anordnung einer militärischen Stelle Dienst tun, jedoch nur bis zum 30. September 1919 einschließlich (HVBl. 1920 S. 55), Zeitfreiwillige (HVBl. 1920 S. 440).

c) die vorübergehend in Groß-Berlin aufgestellte republikanische Soldatenwehr und die vom preußischen Kriegsministerium besonders anerkannten Sicherheitstruppen im Reiche.

d) die vom früheren bayerischen, sächsischen oder württembergischen Kriegsministerium oder vom Chef der Admiralität anerkannten gleichartigen Verbände.

4. Da die Versorgung nur früheren Angehörigen der deutschen Wehrmacht gewährt wird, setzt sie das Ausscheiden aus dem Militärdienst voraus.

5. Ansprüche auf Gewährung von Versorgung nach dem Reichsversorgungsgesetze müssen angemeldet werden. Ansprüche, die auf Grund früherer Bestimmungen abgelehnt worden sind, können nur berücksichtigt werden, wenn sie erneut geltend gemacht werden. Ein „Versorgungsanspruch" ist nur dann gegeben, wenn ein im Spruchverfahren verfolgbarer Rechtsanspruch besteht; das Gesetz gibt dies durch die Wahl des Ausdrucks: „hat Anspruch", „wird gewährt", „erhält" zu erkennen. Ein Rechtsanspruch auf eine Versorgung, deren Gewährung nach dem Gesetz in das pflichtmäßige Ermessen der Versorgungsbehörden gestellt ist (Kannbezug), besteht auch dann nicht, wenn die Versorgung innerhalb der in den §§ 52 bis 54 bezeichneten Fristen beantragt wird.

6. Die Neufeststellung der nach früheren Militärversorgungsgesetzen bewilligten Versorgungsgebührnisse (Umanerkennung) erfolgt ohne Antrag von Amts wegen.

Zu § 2.

1. Unter „Dienstbeschädigung" sind die schädigenden Vorgänge, nicht aber eine als Folge dieser Vorgänge auftretende Gesundheitsstörung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit zu verstehen.

2. Ein Versorgungsanspruch besteht nur dann, wenn erwiesen oder mindestens wahrscheinlich ist, daß der schädigende Vorgang eingetreten ist, in ursächlichem Zusammenhange mit dem Militärdienst oder einem während dieses Dienstes erlittenen Unfall steht und eine Gesundheitsstörung zur Folge hat. Für die Auslegung des Begriffs „wahrscheinlich" ist der allgemeine Sprachgebrauch maßgebend; es genügt daher nicht, wenn ein ursächlicher Zusammenhang nur im Bereiche der Möglichkeit liegt.

3. Auch mittelbare Folgen einer Dienstbeschädigung und die infolge einer Dienstbeschädigung eintretende Verschlimmerung eines früheren Leidens begründen einen Versorgungsanspruch.

4. Die Vorschrift des § 2 Abs. 3 gilt an Stelle des § 1 des Gesetzes über Fürsorge für Kriegsgefangene vom 15. August 1917 (RGBl. S. 725). Einer Nachprüfung der Frage, ob der Beschädigte unverschuldet in Kriegsgefangenschaft geraten ist, bedarf es nur dann, wenn bereits belastende Tatsachen vorliegen.

5. Eine Beschädigung ist nur dann absichtlich herbeigeführt, wenn sie vom Beschädigten erstrebt war. Die Absicht, sich das Leben zu nehmen, schließt nicht notwendig die Absicht, sich zu beschädigen, in sich, es kann daher auch bei Selbstmordversuch Anspruch auf Rente bestehen.

Heilbehandlung, Krankengeld und Hausgeld.

Zu § 4.

1. Ein gesetzlicher Anspruch auf Heilbehandlung besteht nur, wenn das die Heilbehandlung erfordernde Leiden mittelbar oder unmittelbar auf eine Dienstbeschädigung zurückzuführen ist. Nach § 4 Abs. 1 ist ferner Voraussetzung, daß auf Grund dieses Leidens der Anspruch auf Rente anerkannt ist oder war; ist dies nicht der Fall, so besteht dennoch gemäß § 4 Abs. 2 ein Anspruch auf Heilbehandlung, wenn hierdurch einer Verschlimmerung voraussichtlich vorgebeugt werden kann.

2. Heilbehandlung wird nur gewährt, wenn durch sie die Gesundheitsstörung oder Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit voraussichtlich beseitigt oder wesentlich gemindert oder ihre Verschlimmerung verhütet wird oder die infolge der Dienstbeschädigung bestehenden körperlichen Beschwerden behoben werden.

3. Auch wenn nach dem Gesetze kein Anspruch auf Heilbehandlung besteht, soll sie nach § 4 Abs. 3 eingeleitet werden, wenn glaubhaft dargetan ist, daß die Gesundheitsstörung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit auf die Dienstbeschädigung zurückzuführen ist. Da die Mitglieder der Krankenkassen ohnedies nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung Anspruch auf Heilbehandlung haben, kommt diese Vorschrift nur für Nichtversicherte in Betracht. In diesen Fällen wird regelmäßig die Aufklärung des ursächlichen Zusammenhanges erst mit der Durchführung der Heilbehandlung erfolgen. Die Dauer der Heilbehandlung kann befristet werden. Die Frist kann nach Bedarf verlängert werden. Ob und in welchem Umfang neben einer Heilbehandlung, auf die kein Anspruch besteht, Krankengeld und Hausgeld oder eine besondere Unterstützung (§ 13

Digitized by Google

Abs. 3) gewährt werden soll, ist nach der Lage des einzelnen Falles zu entscheiden.

Die Tatsache, daß Heilbehandlung gewährt wird, bedeutet keine Anerkennung der Gesundheitsstörung als Folge einer Dienstbeschädigung.

4. Die Heilbehandlung der im Ausland lebenden Beschädigten wird besonders geregelt.

Zu § 5.

1. Die Heilbehandlungsmöglichkeiten sind:

a) die auf Grund des Anspruchs zu gewährenden: ambulante ärztliche (zahnärztliche) Behandlung, Versorgung mit Arznei und anderen Heilmitteln, zu denen noch die Ausstattung mit Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln sowie die Lieferung von Führerhunden bei Blinden tritt,

b) Kur und Verpflegung entweder in einer Heilanstalt (Heilanstaltpflege) oder in einem Badeorte (Badekur); zu ihnen tritt nach § 6 noch Hilfe und Wartung durch Krankenpfleger, Krankenschwestern und andere Pflegekräfte.

2. Die ambulante Behandlung findet im allgemeinen in der Sprechstunde des Arztes statt; in der Wohnung des Beschädigten nur dann, wenn das Leiden den Besuch der Sprechstunde nicht gestattet. Arznei und Heilmittel werden allein auf Verordnung des Arztes verabreicht. Maßgebend sind die für die Behandlung der Kassenmitglieder geltenden Bestimmungen.

3. Unter Heilanstaltpflege ist die Pflege in Krankenhäusern, Kliniken und ähnlichen Anstalten zu verstehen. Nicht hierher gehört die Anstaltpflege der dauernd pflegebedürftigen Beschädigten, bei denen die in Nr. 2 der Ausführungsbestimmungen zu § 4 genannten Voraussetzungen nicht gegeben sind, z. B. bei unheilbaren Geisteskranken.

4. Badekuren können nur dann verordnet werden, wenn andere Behandlungsverfahren keinen genügenden Erfolg haben oder in absehbarer Zeit erwarten lassen. Ein Anspruch darauf besteht nicht.

5. Den Badekuren ist die Behandlung in einer Heilstätte gleichzustellen.

6. Blinde erhalten einen Führerhund, wenn infolge der Blindheit ein Zustand der Hilflosigkeit vorliegt, in dem der Blinde auch bei gewöhnlichen Witterungs- und Verkehrsverhältnissen und bei mittlerer Tageshelle außerstande ist, sich ohne Führer allein auf der Straße oder an einem ihm unbekannten Platze zurechtzufinden. Von diesem Zustande der Blindheit zu unterscheiden ist die hochgradige Schwachsichtigkeit, die für das Erwerbsleben wertlos ist und daher auch als „praktische Blindheit" bezeichnet wird (vgl. die Ausführungsbestimmungen zu § 29).

Zu § 6.

1. Hauspflege kann nur mit Zustimmung des Beschädigten gewährt werden, und zwar durch Vermittlung der Krankenkassen.

2. Der Antrag ist mündlich oder schriftlich bei der zuständigen Krankenkasse zu stellen. Für die Durchführung der Hauspflege sind die für die Behandlung der Kassenmitglieder geltenden Bestimmungen maßgebend. Die Hauspflege kann ebenso wie nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung gewährt werden, wenn entweder der Zustand des Kranken die Überführung in eine Heilanstalt nicht gestattet, z. B. wenn die Heilanstalt überfüllt oder zu weit entfernt ist, oder wenn ein wichtiger Grund vorliegt, den Kranken in der Familie zu belassen, z. B. bei bevorstehender Entbindung der Ehefrau, Beaufsichtigung der Kinder, Aufrechterhaltung des Geschäftsbetriebs.

Zu § 7.

1. Für die Gewährung der Körperersatzstücke, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln sowie für ihre Instandsetzung und ihren Ersatz ist die auf Grund des § 103 zu erlassende Verordnung maßgebend.

2. Bei der Ausstattung mit Körperersatzstücken usw. sind die beruflichen und persönlichen Verhältnisse des Beschädigten zu berücksichtigen. Bei der Anfertigung aller Hilfsmittel ist auf Zweckmäßigkeit, Güte und Dauerhaftigkeit besonderer Wert zu legen. Mit Rücksicht auf die große Knappheit der hierzu erforderlichen Rohstoffe muß von dem Beschädigten sorgsame Behandlung der Hilfsmittel erwartet werden.

3. Körperersatzstücke usw. können ihren Zweck nur dann erfüllen, wenn der Beschädigte sie sich anpassen läßt und mit ihnen umzugehen versteht. Er muß sich daher den Anordnungen, die der Anpassung oder Unterweisung dienen, unterziehen. Die hierbei erwachsenden Unkosten und entgangener Arbeitsverdienst werden nach § 20 ersetzt.

4. Wegen der Knappheit und hohen Kosten der Rohstoffe wird die Rückgabe unbrauchbar gewordener Hilfsmittel, für die Ersatz verlangt wird, zur Pflicht gemacht. Die Rückgabe ist außerdem erforderlich, damit die Notwendigkeit des Ersatzes nachgeprüft werden kann. Bei etwaigem Verluste von Hilfsmitteln liegt es dem Beschädigten ob, die erforderlichen Unterlagen zur Nachprüfung seiner Angaben beizubringen.

5. Solange geeignete Führerhunde für Blinde nicht in genügender Anzahl zur Verfügung stehen, erfolgt die Zuteilung nach der Dringlichkeit. Der Blinde hat sich der erforderlichen Ausbildung mit dem für ihn bestimmten Führerhund zu unterziehen. Zu den Unterhaltskosten für den Führerhund wird die Teuerungszulage nach § 87 gewährt.

Zu § 8.

1. Die Lieferung der vom Reiche zu gewährenden Körperersatzstücke erfolgt durch die Beschaffungsstellen. Zahnersatz wird durch die Krankenkassen geleistet; soweit er über deren Regelleistungen hinausgeht, ist die Genehmigung des Versorgungsamts notwendig.

2. Die Heilbehandlung (einschließlich Heilanstaltpflege und Hauspflege) ist grundsätzlich von den Krankenkassen durchzuführen, auch dann, wenn der Beschädigte nicht versichert ist.

3. Umfang und Art der dem Beschädigten zu gewährenden Heilbehandlung decken sich mit den Leistungen, zu denen die Kasse ihren Mitgliedern gegenüber verpflichtet ist, soweit nicht im Reichsversorgungsgesetz eine besondere Regelung vorgesehen ist. Da die Krankenordnung und die Strafbestimmungen der Krankenkassen auch für die Beschädigten gelten, sind diese auch den Überwachungsvorschriften der Kasse unterworfen.

4. Die Heilbehandlung ist abzuschließen, wenn eine Besserung des Gesundheitszustandes oder eine Steigerung der Erwerbsfähigkeit nicht mehr erwartet wird; sie ist jedoch fortzusetzen, wenn ihre Unterbrechung eine Verschlimmerung des Leidens zur Folge hätte. Die Kassensatzungen sind für die Begrenzung nicht maßgebend. Zur Feststellung dieses Zeitpunktes übt das Versorgungsamt die sonst dem Vertrauensarzt der Kasse obliegende Nachuntersuchung selbst aus.

5. Entsteht zwischen dem Beschädigten und der Krankenkasse Streit über Umfang oder Art der Heilbehandlung, so entscheidet in erster Instanz das

Digitized by Google

Versicherungsamt, in dessen Bezirk der Beschädigte wohnt (§§ 1636 ff. RVO.). Für das Verfahren gelten die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung.

6. Hinsichtlich der Leistungen, zu denen die Krankenkassen nach der Reichsversicherungsordnung oder ihrer Satzung dem Versicherten gegenüber verpflichtet sind, kommen besondere Vereinbarungen auf Grund des Reichsversorgungsgesetzes nicht in Betracht. Vereinbarungen über Leistungen, zu denen die Krankenkassen nur nach dem Reichsversorgungsgesetze verpflichtet sind, bedürfen der Zustimmung des Reichsarbeitsministers oder der von ihm beauftragten Behörde; solche Vereinbarungen können die ärztliche Hilfe zum Gegenstande haben oder zur Sicherstellung der Heilanstaltpflege und der Versorgung mit Arznei und Heilmitteln dienen.

7. Die im Abs. 7 des § 8 vorgesehene Durchführung der Heilbehandlung in reichseigenen Anstalten bedeutet keine Einschränkung der den Krankenkassen nach dem Reichsversorgungsgesetz obliegenden Aufgabe. Das Reich behält sich lediglich vor, Einrichtungen zur Behandlung besonders gearteter Fälle (orthopädische Lazarette, Einrichtungen für Kiefer- oder Hirnverletzte) weiterbestehen zu lassen. Den Krankenkassen bleibt es überlassen, Anträge auf Aufnahme in diese Anstalten an das zuständige Hauptversorgungsamt oder die von ihm bestimmte Stelle zu richten; die Entscheidung erfolgt nach den hierüber noch zu erlassenden Bestimmungen.

Zu § 9.

Ergeben sich bei der dauernden Unterbringung der Schwerstbeschädigten (schwer Lungenkranken, Gelähmten, Siechen) oder bei der Einweisung Kranker in Heilanstalten Schwierigkeiten infolge eines Mangels an Betten, so ist durch § 9 die Grundlage für Zwangsmaßnahmen gegeben.

Zu § 10.

Für den Fall, daß sich bei Abschluß der Verträge mit den Ärzten oder bei Nichtbeachtung solcher Verträge Schwierigkeiten für die Durchführung der Heilbehandlung ergeben, ist durch die Vorschrift des § 10 in Übereinstimmung mit § 370 RVO. statt der Heilbehandlung die Zahlung eines Geldbetrages vorgesehen. Zuständig ist das Hauptversorgungsamt, soweit nicht der Reichsarbeitsminister allgemeine Anordnungen erläßt.

Zu § 11.

Die Vorschrift des § 11 gibt die Möglichkeit, nichtversicherte Versorgungsberechtigte in gleicher Weise der Heilanstaltpflege auch ohne ihre Zustimmung zuzuführen, wie dies § 184 RVO. für die Mitglieder der Krankenkassen vorsieht. Für die Gewährung von Heilanstaltpflege ohne Zustimmung des Beschädigten (§ 11 Abs. 3) ist neben dem Interesse des Staates an der Verhütung einer weiteren Ausbreitung ansteckender Krankheiten der Gesichtspunkt maßgebend, daß der Beschädigte möglichst rasch geheilt und seine Erwerbsfähigkeit wiederhergestellt oder wenigstens gehoben wird.

Zu § 12.

1. Die Vorschrift des § 12 (Zahlung des Krankengeldes) findet nur auf diejenigen Versorgungsberechtigten Anwendung, denen nicht schon auf Grund der Reichsversicherungsordnung und der Satzung der Krankenkasse Anspruch auf Krankengeld zusteht, im wesentlichen also auf die nichtversicherten Beschädigten. Soweit einem Beschädigten auf Grund der Reichsversicherungsordnung oder der Satzung der Krankenkasse ein Anspruch auf Krankengeld zusteht, hat es hierbei sein Bewenden.

2. Krankengeld wird nach § 12 nur bei ambulanter Behandlung und bei Hauspflege gewährt, und zwar nur dann, wenn die Krankheit den Beschädigten arbeitsunfähig macht und sein Einkommen mindert.

3. Das Krankengeld beträgt nach dem auch hier maßgebenden § 182 Nr. 2 RVO. die Hälfte des Grundlohns; dieser wird nach § 180 Abs. 5 RVO. durch die Satzung der Krankenkasse bestimmt. Das Krankengeld darf jedoch den durch die Erkrankung verursachten Ausfall an Einkommen nicht übersteigen und zusammen mit der Rente nicht höher sein, als die dem Beschädigten zustehende Vollrente mit Kinder-, Orts- und Teuerungszulage betragen würde. Im Gesetze sind nur die dem Beschädigten für seine Person zustehenden Rententeile ausdrücklich erwähnt, selbstverständlich kann aber hier die Kinderzulage nicht unberücksichtigt bleiben.

Teuerungszulage (§ 87) wird zum Krankengelde nicht gewährt.

4. Das Krankengeld zahlt die Krankenkasse dem Versorgungsberechtigten aus.

Zu § 13.

1. Das Hausgeld dient zur Verhütung einer Notlage, in welche die Angehörigen eines Beschädigten geraten können, wenn ihm eine Heilanstaltpflege oder eine Badekur gewährt wird. Es kann nur den Angehörigen gewährt werden, deren Ernährer der Beschädigte unmittelbar vor seiner Erkrankung gewesen ist, und wird daher in der Regel nur solchen Personen zustehen, die mit ihm vor Beginn der Heilanstaltpflege oder Badekur in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben. Im übrigen können die Ausführungsbestimmungen Nr. 1 bis 4 zu § 45 als Anhaltspunkt für die Auslegung des Begriffs Ernährer dienen.

2. Hausgeld wird nur gewährt, wenn das Einkommen des Beschädigten durch die Erkrankung gemindert ist. Es beträgt zwei Drittel der Vollrente, die dem Beschädigten bei Erwerbsunfähigkeit zustehen würde. Hierzu kommt die nach dem Gesamtbetrage der Vollrente zu bemessende Kinderzulage. Zu dem hiernach berechneten Hausgeld tritt die nach dem Wohnsitz des Beschädigten (§ 51) zu berechnende Ortszulage und die Teuerungszulage (§ 87).

Das Hausgeld darf jedoch den Betrag nicht übersteigen, um den das Einkommen des Beschädigten durch die Erkrankung gemindert ist.

3. Im Gegensatze zur Berechnung des Krankengeldes werden beim Hausgeld auch die Bezüge angerechnet, die dem Beschädigten auf Grund der Reichsversicherungsordnung zustehen.

4. Die im § 13 Abs. 2 vorgeschriebene Anrechnung der Rente auf das Hausgeld kommt nur für den ersten und letzten Monat der Heilanstaltpflege in Betracht, weil im übrigen gemäß § 62 und § 66 die Rente während der Heilanstaltpflege ruht.

5. Anspruch auf Hausgeld besteht nur während einer Heilanstaltpflege. Bei Badekuren entscheidet über die Gewährung des Hausgeldes das Versorgungsamt nach pflichtmäßigem Ermessen unter Ausschluß des Spruchverfahrens.

6. Durch die Vorschrift im Abs. 3 des § 13 über eine besondere Unterstützung ist die Möglichkeit geboten, dem Beschädigten während der Heilanstaltpflege oder der Badekur ein Taschengeld zuzuwenden. Außerdem kann von dieser Vorschrift Gebrauch gemacht werden, wenn in besonders ge-

Digitized by Google

arteten Ausnahmefällen das Hausgeld nicht ausreichen sollte, um die Familie vor einer Notlage zu bewahren. Für den Begriff „Bedürftigkeit" gilt Nr. 5 der Ausführungsbestimmungen zu § 32. Wegen der Höhe der Unterstützung, insbesondere des Taschengeldes, bleiben besondere Bestimmungen vorbehalten.

7. Das Hausgeld wird von der Stelle (Krankenkasse, Versorgungsamt, Hauptversorgungsamt) angewiesen, welche die Heilanstaltpflege oder Badekur anordnet. Ist der Beschädigte mit der von der Krankenkasse getroffenen Anweisung nicht einverstanden, so wird auch in diesem Falle das Hausgeld durch das Versorgungsamt festgesetzt; nur gegen den Bescheid des Versorgungsamts ist die Berufung an das Versorgungsgericht zulässig.

Die Auszahlung des Hausgeldes erfolgt stets durch die Krankenkasse.

Zu § 14.

1. § 14 bestimmt, in welchem Umfange den Krankenkassen die Kosten für die Heilbehandlung und das Krankengeld ersetzt werden in den Fällen, in denen die Kasse schon nach der Reichsversicherungsordnung verpflichtet ist, dem Beschädigten Heilbehandlung zu gewähren; im § 15 wird die Kostenersatzpflicht für diejenigen Fälle geregelt, in denen die Krankenkasse nur auf Grund des Reichsversorgungsgesetzes, nicht aber nach der Reichsversicherungsordnung zur Gewährung der Heilbehandlung verpflichtet ist.

2. Eine Verpflichtung der Krankenkassen auf Grund der Reichsversicherungsordnung ist nicht gegeben, wenn der Beschädigte nicht versicherungspflichtig und auch nicht freiwillig versichert war, des weiteren aber auch nicht in den Fällen, in denen trotz bestehender Versicherung die Kasse nach Gesetz und Satzung die Heilbehandlung nicht zu übernehmen oder fortzuführen braucht. Hierzu gehören die Fälle, in denen die Krankenkasse bei dem Beitritt eines sich freiwillig Versichernden nach § 176 RVO. die Verpflichtung ablehnt, für bestimmte Folgen einer Dienstbeschädigung aufzukommen, oder die Fälle, in denen sie bei versicherungspflichtigen Personen auf Grund des Reichsversorgungsgesetzes das Heilverfahren über die durch die Reichsversicherungsordnung oder die Kassensatzung festgesetzte Dauer hinaus fortsetzen muß. In diesen Fällen gilt § 15.

3. Das Reich ersetzt nach § 14 den Aufwand für kleinere Heilmittel, weil es nach § 8 Abs. 1 verpflichtet ist, für alle Körperersatzstücke, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln selbst aufzukommen. Als kleinere Heilmittel sind daher alle Hilfsmittel anzusehen, die nach § 7 und der hierzu erlassenen Ausführungsverordnung geliefert werden müssen, z. B. Brillen, Bruchbänder, Krampfaderbinden, Krücken, Plattfußeinlagen.

Zu § 15.

1. Die Verpflichtung der Krankenkassen zur Heilbehandlung beruht in folgenden Fällen ausschließlich auf den Vorschriften des Reichsversorgungsgesetzes:

a) bei Versicherten unter den in Nr. 2 der Ausführungsbestimmungen zu § 14 genannten Voraussetzungen,

b) bei Nichtversicherten, deren Versorgungsanspruch bereits anerkannt ist, wenn die Heilbehandlung durch die den Versorgungsanspruch begründende Gesundheitsstörung veranlaßt ist,

c) bei Nichtversicherten, deren Versorgungsanspruch noch nicht anerkannt ist, wenn sie zur vorläufigen — gegebenenfalls befristeten — Heilbehandlung der Kasse vom Versorgungsamt zugewiesen sind.

Kostenerstattung findet nur in den Fällen statt, in denen das behandelte Leiden auf ein schädigendes Ereignis zurückzuführen ist, auf Grund dessen ein Versorgungsanspruch bereits anerkannt ist oder (im Falle c) die Anerkennung betrieben wird.

2. Die Festsetzung von Pauschbeträgen bleibt einer besonderen Regelung vorbehalten.

Zu § 16.

Wegen einer verspäteten Anmeldung der Ersatzansprüche sollen mit Rücksicht auf die Schwierigkeiten, die den Kassen — insbesondere in der ersten Zeit — aus der Durchführung des Gesetzes erwachsen, Ersatzansprüche der Kassen nur dann abgelehnt werden, wenn die Fristversäumnis nicht zu entschuldigen ist.

Zu § 17.

1. Lehnt das Versorgungsamt Ersatzansprüche einer Krankenkasse ab, so kann diese die Entscheidung des Versicherungsamts anrufen.

Für das Verfahren sind die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung maßgebend; eine Revision ist ausgeschlossen. Wird die Kostenerstattung vom Versorgungsamt mit der Begründung abgelehnt, daß kein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Dienstbeschädigung und dem behandelten Leiden vorliegt, so hat die Krankenkasse zunächst hierüber die Entscheidung des Versorgungsgerichts herbeizuführen.

2. Für den Streit zwischen dem Beschädigten und der Krankenkasse über Art und Umfang der Heilbehandlung gilt Nr. 5 der Ausführungsbestimmungen zu § 8.

Zu §§ 18 und 19.

1. Stellt die Versorgungsbehörde fest, daß ein nicht in Behandlung stehender Beschädigter durch eine Heilbehandlung eine wesentliche Besserung seines Gesundheitszustandes erreichen kann, so soll ihm nahegelegt werden, sich dieser Behandlung zu unterziehen. Hierbei wird sich in der Regel die Mitwirkung der Fürsorgestellen empfehlen.

Ist nach ärztlichem Gutachten mit Bestimmtheit eine wesentliche Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten, und weigert sich der Beschädigte trotzdem, sich der Behandlung zu unterziehen, so kann von den im § 19 Abs. 1 vorgesehenen Maßnahmen Gebrauch gemacht werden. In diesem Falle ist dem Beschädigten in einem schriftlichen Bescheide die Entziehung oder Herabsetzung der Rente für eine bestimmte Zeit anzudrohen und, wenn er auf seiner Weigerung beharrt, nach Maßgabe der Nr. 2 und 3 durchzuführen. Andere Maßnahmen zur Erzwingung einer Heilbehandlung sind unzulässig.

2. Als Anhaltspunkt für die Herabsetzung der Rente dient die durch die Heilbehandlung zu erwartende Steigerung der Erwerbsfähigkeit.

3. Die Versagung oder Herabsetzung der Rente darf als Zwangsmaßnahme nur auf eine bestimmte Zeit erfolgen. Die Dauer dieser Maßnahme bemißt sich nach der Größe des zu erwartenden Heilerfolgs.

4. Die Androhung einer Entziehung oder Herabsetzung der Rente ist unzulässig, wenn der Beschädigte aus einem gesetzlichen oder sonst triftigen Grunde (vgl. Nr. 2 der Ausführungsbestimmungen zu § 6) die Heilbehandlung ablehnen kann.

Ein gesetzlicher Grund liegt vor,

a) wenn die Heilbehandlung in einer Heilanstalt durchgeführt werden soll, die Heilanstaltpflege aber nach § 11 der Zustimmung des Beschädigten bedarf,

Digitized by Google

b) wenn die Heilbehandlung mit einer Operation verbunden ist, die in den Bestand oder die Unversehrtheit des Körpers schwer eingreift oder nicht ohne Lebensgefahr vorgenommen werden kann.

Zu § 20.

1. Die durch die Heilbehandlung, die Anpassung von Körperersatzstücken oder die Ausbildung mit diesen (§ 7 Abs. 3), oder mit einem Führerhunde verursachten notwendigen Reisekosten werden ersetzt, wenn die Reise von der Versorgungsbehörde angeordnet war, oder wenn die Notwendigkeit einer von ihr nicht angeordneten Reise nachträglich anerkannt wird.

2. Bei den Fahrkosten wird Schnellzugbenutzung bei Entfernungen über 300 Kilometer stets, bei Entfernungen über 100 Kilometer dann ersetzt, wenn die Benutzung des Schnellzugs mit Rücksicht auf den Gesundheitszustand des Kranken geboten war, bei Entfernungen unter 100 Kilometer nur in dringenden Notfällen.

Die Kosten für die Benutzung der zweiten Wagenklasse der Eisenbahn werden Oberschenkel-Amputierten und Krückenträgern stets vergütet, anderen Beschädigten nur, wenn die Notwendigkeit ärztlich bescheinigt wird.

3. Die Kosten für andere Beförderungsmittel als die Eisenbahn werden nur ersetzt, wenn der zurückzulegende Weg mehr als 5 Kilometer beträgt und eine Eisenbahnverbindung nicht besteht, oder wenn die Benutzung des Verkehrsmittels unbedingt notwendig war. Die Kosten für die Benutzung der Straßenbahn werden bei Entfernungen über 2 Kilometer ersetzt.

4. Den Nachweis des entgangenen Arbeitsverdienstes (§ 20 Abs. 2) hat der Beschädigte zu erbringen. Werden zur Nachprüfung Erhebungen erforderlich, so kann zunächst der Teilbetrag ausgezahlt werden, der außer Zweifel steht.

5. Die Auslagen für Begleitpersonen werden in voller Höhe ersetzt, wenn die Begleitung unbedingt notwendig war.

6. Bei der Bemessung der zu ersetzenden Kosten für Verpflegung und Unterkunft gilt — insbesondere, wenn daneben der entgangene Arbeistverdienst zu ersetzen ist — ein Richtsatz von 12 ℳ für den Tag.

Fristen.

Zu §§ 52 bis 54.

1. Wegen des Beginns der in den §§ 52 bis 54 bezeichneten Fristen ist § 101, wonach diese Fristen frühestens mit dem Inkrafttreten des Gesetzes beginnen, zu beachten.

2. Bei dem Sterbegeld und den Gebührnissen für das Sterbevierteljahr beginnt die Frist zur Anmeldung des Anspruchs mit dem Tode des Rentenempfängers.

Ist der Rentenempfänger vor dem 1. April 1920 gestorben, so können Sterbegeld und Gebührnisse für das Sterbevierteljahr nach dem Reichsversorgungsgesetze nicht gewährt werden (§ 102).

3. Die Versäumung der Fristen bewirkt den Verlust des Anspruchs; eine Verlängerung der Fristen findet nur in den im § 53 bezeichneten Fällen statt.

4. Für die Berechnung der Fristen gelten die §§ 187 ff. BGB.

5. Eine nachträgliche Geltendmachung des Anspruchs ist nach § 53 Nr. 1 dann zugelassen, wenn Folgen oder neue Folgen einer Dienstbeschädigung erst später in einem die Versorgung begründenden Grade bemerkbar geworden sind, oder wenn der Beschädigte trotz sorgfältiger Prüfung erst nach Ablauf der Frist zu der Überzeugung gelangt ist oder gelangen mußte, daß sein Leiden auf den Militärdienst zurückzuführen ist.

6. Durch § 53 Nr. 2 sollen nachträgliche wesentliche Verschlimmerungen eines Leidens, das schon vor Ablauf der Frist bestanden hat und als Folge einer Dienstbeschädigung anerkannt worden ist, die Möglichkeit einer Berücksichtigung finden; eine wesentliche Verschlimmerung in diesem Sinne liegt nur dann vor, wenn durch sie die Erwerbsfähigkeit über die frühere Minderung hinaus um wenigstens 10 vom Hundert weiter gemindet wird.

7. Außerhalb des Willens des Antragstellers liegende Verhältnisse (§ 53 Nr. 3) sind beispielsweise unrichtige Belehrungen durch amtliche, mit der Auskunfterteilung in Versorgungssachen betraute Stellen sowie das Fehlen des gesetzlichen Vertreters, wenn der Versorgungsanspruch nur durch diesen verfolgt werden kann.

Nicht erforderlich ist, daß die Verhinderung während der zweijährigen Ausschlußfrist (§ 52) ununterbrochen bestanden hat; vielmehr genügt es, wenn der Beschädigte am Schlusse der Frist eine in das Gewicht fallende Zeit hindurch an der Wahrnehmung seiner Rechte behindert war.

8. Die Bestimmung im § 53 Nr. 4 ist hauptsächlich mit Rücksicht auf die noch im Ausland in Kriegsgefangenschaft sich befindenden Personen getroffen.

9. Hinterbliebenen, die von dem Tode des Beschädigten verspätet Kenntnis erhalten, wird die nachträgliche Geltendmachung ihres Anspruchs auf Versorgungsgebührnisse durch § 54 Abs. 2 im Zusammenhange mit § 53 Nr. 3 ermöglicht.

Erlöschen und Ruhen des Rechtes auf Versorgung.

Zu §§ 59 bis 66.

Den Versorgungsbehörden gehen über die ein Erlöschen, Ruhen oder Wiederaufleben der Versorgungsgebührnisse bedingenden Ereignisse oder Veränderungen in den persönlichen Verhältnissen eines Rentenberechtigten Mitteilungen zu in den Fällen:

a) des § 59 (Verurteilungen wegen Hochverrats usw.), § 60 Abs. 2 (Verwirkung des Beamtenscheins), § 61 Abs. 1 Nr. 4 (Verfahren wegen Hochverrats usw.) von den zuständigen Gerichten oder Staatsanwaltschaften;

b) des § 61 Abs. 1 Nr. 5 (Verbüßung einer Freiheitsstrafe usw.) von der betreffenden Strafanstalt, dem Arbeitshause oder der Besserungsanstalt;

c) des § 61 Abs. 1 Nr. 1 (Wiederverwendung im aktiven Militärdienst) von den Truppenteilen oder Marineteilen;

d) des § 62 (Heilanstaltpflege, Badekur) von der zuständigen Heilanstalt oder der Badeverwaltung;

e) des § 63 Nr. 1 (Einkommen des Beschädigten) und § 64 Abs. 1 Nr. 1 (Einkommen der Hinterbliebenen) von den Steuerbehörden,

des § 63 Nr. 2, § 64 Abs. 1 Nr. 2 und § 65 (Unfallrente) von den Trägern der Unfallversicherung,

des § 63 Nr. 4 und § 64 Abs. 1 Nr. 4 (Pension der Berufsbeamten der Wehrmacht und ihrer Hinterbliebenen) von der die Beamtenpension anweisenden Behörde. (In den Fällen unter e jedoch nur auf Ersuchen der Versorgungsbehörden, die in jedem Einzelfalle besonders anfragen müssen.)

Falls Auskünfte in den unter a bis d genannten Fällen nicht eingehen, aber nach dem Akteninhalt oder nach sonstigen Anhaltspunkten anzunehmen ist,

Digitized by Google

daß ein Ruhen in Betracht kommt, sind Auskünfte durch die Versorgungsbehörden einzuholen.

Zu § 61.

1. Zu der Versorgung gehört auch das Sterbegeld; dieses ruht daher nach den Vorschriften des § 61, doch ist gegebenenfalls zu prüfen, ob nicht gerade infolge des Todesfalls Bedürftigkeit eingetreten ist und deshalb nach § 61 Abs. 2 das Sterbegeld an die Angehörigen gezahlt werden kann.

2. Zu Abs. 1 Nr. 2. Versorgungsberechtigte, die sich nicht nur vorübergehend im Ausland aufhalten, müssen den Nachweis der Reichsangehörigkeit beibringen. Ist der Versorgungsberechtigte nicht Reichsangehöriger, so ruht die Versorgung. Von dieser Vorschrift ist grundsätzlich abzusehen bei solchen Versorgungsberechtigten, die als Ausländer oder Staatenlose in der deutschen Wehrmacht Dienst geleistet haben, ferner bei ihren Hinterbliebenen und den nicht reichsangehörigen Hinterbliebenen eines Deutschen. Diese Personen erhalten also die Versorgung, falls nicht besondere Gründe dagegen sprechen. Wenn in solchen Fällen ein Ruhen der Versorgung angebracht erscheint, ist die Entscheidung des Reichsarbeitsministers einzuholen. Als nicht reichsangehörige Hinterbliebene eines Deutschen kommen insbesondere uneheliche Kinder in Frage, weil sich ihre Staatsangehörigkeit nach der Staatsangehörigkeit der Mutter richtet.

Inwieweit die Vorschriften des Reichsversorgungsgesetzes auf die früheren deutschen Versorgungsberechtigten anzuwenden sind, die durch den Friedensvertrag ihre Reichsangehörigkeit verloren haben, wird durch Staatsverträge geregelt.

3. Zu Abs. 1 Nr. 3. Ins Ausland verzogene reichsangehörige Versorgungsberechtigte müssen ferner den Nachweis erbringen, daß die für die Veranlagung der direkten Steuern zuständige Behörde (Finanzamt) die Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland genehmigt hat. Wer nachweislich bereits vor dem 1. August 1914 seinen Wohnsitz im Ausland hatte, ist von dem Nachweis dieser Genehmigung befreit und ohne ihn zum Bezuge der Versorgungsgebührnisse berechtigt.

4. Zu Abs. 2. Für die Auslegung des Begriffs „Bedürftigkeit" gilt Nr. 5 der Ausführungsbestimmungen zu § 32 sinngemäß.

Zu § 62.

Die Pflegezulage ruht während des Aufenthalts in einer Heilanstalt; bei Badekuren wird sie weitergezahlt.

Zu § 66.

Zu Abs. 2. Stirbt ein Versorgungsberechtigter, während seine Gebührnisse gemäß § 62 infolge Gewährung von Heilanstaltpflege usw. ruhen, so sind, da die an Stelle der Versorgungsgebührnisse gewährte Heilanstaltpflege oder Kur nicht bis zum Ablauf des Sterbemonats gewährt werden kann, die Versorgungsgebührnisse vom Beginne des Sterbemonats ab an die zum Bezuge der Gebührnisse für das Sterbevierteljahr Berechtigten (§ 35 Abs. 2) in sinngemäßer Anwendung des § 66 Abs. 2 zu zahlen.

Zahlung.

Zu § 67.

1. Die Vorschriften über die Zahlung der Versorgungsgebührnisse entsprechen im wesentlichen dem geltenden Rechte.

Auf die Auszahlung des Krankengeldes (§ 12), das in gleicher Weise für Versicherte und Nichtversicherte von den Krankenkassen festzustellen und auf ihre Zahlstellen zur Zahlung anzuweisen ist, finden sie keine Anwendung....."*)

Übertragung, Verpfändung und Pfändung.

Zu §§ 68 bis 71.

1. Der Anspruch auf Versorgungsgebührnisse ist grundsätzlich nicht übertragbar und der Pfändung nicht unterworfen; die Vorschriften im § 68 geben jedoch für diejenigen Fälle, in denen die Beschaffung eines Kapitalbetrags an Stelle einer fortlaufenden Rente den wirtschaftlichen Interessen des Versorgungsberechtigten besonders dienlich ist, ohne daß die Voraussetzungen für eine Kapitalabfindung (§§ 72 bis 85) vorliegen, die Möglichkeit einer Übertragung der Rente zum Zwecke der Kreditbeschaffung. In den Nummern 2 bis 4 des § 68 wird die Pfändung usw. der Rente unter bestimmten, gesetzlich festgelegten Voraussetzungen zugelassen zugunsten besonders zu berücksichtigender Verpflichtungen des Beschädigten (Nr. 2) oder zur Vermeidung von Doppelzahlungen oder ungerechtfertigter Bereicherung (Nr. 3 und 4). Die §§ 69 bis 71 enthalten Vorschriften zum Schutze des Versorgungsberechtigten.

2. Versorgungsgebührnisse im Sinne der §§ 68 bis 71 sind nur die auf diesem Gesetze beruhenden Leistungen in Geld; die Gewährung von Vorschüssen kann wegen Dringlichkeit der Zahlung, insbesondere auch bei dem Sterbegeld und den Gebührnissen für das Sterbevierteljahr, in Betracht kommen.

Die Vorschriften befassen sich nur mit den Ansprüchen auf Versorgungsgebührnisse; die bereits ausgezahlten Versorgungsgebührnisse werden hierdurch nicht berührt.

3. Für die Abtretung und Verpfändung des Anspruchs auf Versorgungsgebührnisse ist eine bestimmte Form nicht vorgeschrieben. Im Interesse der Versorgungsberechtigten wie der Gläubiger empfiehlt sich jedoch die schriftliche Form.

4. Die Bestimmungen des § 840 Abs. 1 Nr. 5, 7, 8, Abs. 2 der Zivilprozeßordnung über Unzulässigkeit und Beschränkung der Pfändung der Pensionen finden für die Ansprüche auf Versorgungsgebührnisse nach dem Reichsversorgungsgesetze, soweit diese hiernach gepfändet werden können, keine Anwendung.

5. Darlehen oder Vorschüsse sollen von den im § 68 Nr. 1 genannten Stellen nur gewährt werden, wenn für eine nützliche Verwendung des Geldes Gewähr besteht; die Genehmigung zur Übertragung der Ansprüche nach § 68 Abs. 2 ist von der gleichen Voraussetzung abhängig.

6. Gesetzliche Unterhaltungspflicht (§ 68 Nr. 2) besteht gegenüber dem Ehegatten (§§ 1345, 1351, 1360 f., 1578 bis 1583 BGB.), Verwandten in gerader, absteigender und aufsteigender Linie (§§ 1601 ff., 1352, 1585 BGB.), unehelichen Kindern (§§ 1708 ff. BGB.), Kindern aus nichtigen Ehen (§ 1703 BGB.), legitimierten und für ehelich erklärten Kindern und deren Abkömmlingen (§§ 1719 ff., 1736 ff. BGB.), an Kindes Statt angenommenen Kindern und deren Abkömmlingen (§ 1766 BGB.) sowie gegenüber der Mutter des unehelichen Kindes (§ 1715 BGB.).

7. Versorgungsgebührnisse im Sinne des § 68 Nr. 3 und des § 71 sind auch die nach den Militär-

*) Die weiteren auf die Zahlung bezüglichen Bestimmungen und beigefügten Beispiele sind daher weggelassen.

Digitized by Google

versorgungsgesetzen gezahlten Versorgungsgebührnisse.

8. Zu Unrecht erhobene Versorgungsgebührnisse, die nicht alsbald zurückgezahlt werden können, sind durch Aufrechnung gegen die fälligen Versorgungsgebührnisse einzuziehen; nach Maßgabe des § 406 BGB. kann die Aufrechnung auch im Falle der Abtretung des Anspruchs auf die Versorgungsgebührnisse gegenüber dem neuen Gläubiger ausgeübt werden.

Die Höhe der Abzüge ist nach Lage der Verhältnisse des Versorgungsberechtigten zu bemessen; die Fürsorgestelle soll vorher gehört werden. Die vollständige Rückzahlung des überhobenen Betrags ist nach Möglichkeit sicherzustellen, doch dürfen der Unterhalt des Versorgungsberechtigten und die Erfüllung seiner gesetzlichen Unterhaltspflichten durch die Abzüge nicht gefährdet werden.

9. Der Anspruch auf Rückzahlung einer nach gesetzlicher Verpflichtung gewährten Leistung (§ 68 Nr. 4) kann insbesondere für die Armenverbände nach § 62 des Gesetzes für den Unterstützungswohnsitz vom 30. Mai 1908 (RGBl. S. 381) oder nach landesrechtlichen Bestimmungen bestehen.

10. Die Übertragung, Verpfändung und Pfändung der Versorgungsgebührnisse ist, soweit sie auf die Gewährung von Darlehen oder Vorschüssen oder auf einen Ersatzanspruch öffentlicher Körperschaften (§ 68 Nr. 1 und 4) zurückzuführen ist, nur hinsichtlich der bis zur Anweisung fällig werdenden Beträge unbegrenzt — das ist in voller Höhe — zulässig; nach erfolgter Anweisung beschränkt sich die Übertragbarkeit usw. auf den halben, in fester Summe oder nach Bruchteilen bemessenen Betrag.

11. Werden die zahlbaren Versorgungsgebührnisse wegen Herabsetzung oder Ruhens der Rente gemindert, oder fallen sie aus diesen Gründen oder wegen Erlöschens des Anspruchs fort, so muß dies auch der neue Gläubiger, an den die Abtretung usw. des Anspruchs auf Rente erfolgt ist, gegen sich gelten lassen.

12. Die Reihenfolge der Unterhaltspflichten (§ 70) bestimmt sich nach Maßgabe des § 1609 BGB.

13. Eine Pfändung der Hinterbliebenenrente zur Deckung der von dem verstorbenen Versorgungsberechtigten zu Unrecht erhobenen Versorgungsgebührnisse ist nicht zulässig (§ 71).

Schadensersatz.

Zu § 86.

1. Zu den „versorgungsberechtigten Personen" zählen auch die Hinterbliebenen (§§ 36 ff.).

2. Die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen gegen das Reich aus dem Grunde einer Dienstbeschädigung ist auch dann ausgeschlossen, wenn die Erwerbsfähigkeit infolge einer Dienstbeschädigung um weniger als 15 vom Hundert gemindert ist und deshalb ein Anspruch auf Rente nicht besteht.

3. Bei der Entscheidung der Frage, in welchem Umfang gesetzliche Ersatzansprüche des Beschädigten auf das Reich übergehen, ist auch die Heilbehandlung und die berufliche Ausbildung zu berücksichtigen.

4. Von der Erhebung der Klage gegen einen ersatzpflichtigen Dritten darf nur dann abgesehen werden, wenn die Klage aus rechtlichen oder tatsächlichen Gründen keinen Erfolg verspricht, oder wenn der Dritte in einer vollstreckbaren Urkunde, durch die ein neues, selbständiges Schuldverhältnis geschaffen wird, die Ersatzpflicht anerkennt und sich zur Schadloshaltung des Reichsfiskus verpflichtet (siehe §§ 781, 218 Abs. 1 Satz 2 BGB., § 794 Abs. 1 Nr. 5 ZPO.).

Dabei ist aber zu beachten, daß es hinsichtlich der Rückstände bei der vierjährigen Verjährungsfrist bewendet (§ 218 Abs. 2, § 197 BGB.); es muß daher für die rechtzeitige Beitreibung Sorge getragen werden.

Auf die Bekanntmachung des Reichsarbeitsministers über die Vertretung des Reichsfiskus im Versorgungswesen vom 22. Juni 1920 (Amtliche Nachrichten des Reichsarbeitsministeriums S. 176) wird verwiesen.

Teuerungszulage.

Zu § 87.

1. Die Teuerungszulage dient zur Anpassung der Gebührnisse an die Veränderungen in der allgemeinen Wirtschaftslage.

Sie ist veränderlich; ihre Höhe hängt ab von der jeweiligen Teuerung der durchschnittlichen Lebenshaltung und von der Kaufkraft des Geldes.

2. Die Teuerungszulage bleibt so lange auf 25 vom Hundert festgesetzt, bis im Reichshaushaltsplan ein anderer Hundertsatz bestimmt wird.

3. Auf die Teuerungszulage besteht ein Anspruch. Sie wird auch Rentenempfängern gewährt, die ihren Wohnsitz im Ausland haben.

4. Zu dem Übergangsgelde (§ 32) und zu der Witwenbeihilfe (§ 40) wird keine Teuerungszulage gewährt, ebenso nicht zu dem von den Krankenkassen zu zahlenden Krankengelde (§ 12).

Dagegen ist die Teuerungszulage für die Bemessung der Höhe des Krankengeldes insofern von Bedeutung, als sie bei der Feststellung der Höchstgrenze des für Nichtversicherte zulässigen Krankengeldes (§ 12 Abs. 2) berücksichtigt werden muß.

5. Zu dem Hausgelde (§ 13) und zu den Unterhaltskosten für den Führerhund eines Blinden (§ 7 Abs. 4) sowie zum Sterbegelde (§ 34) wird die Teuerungszulage gewährt.

6. Die Teuerungszulage wird aus dem Monatsgesamtbetrage der zahlbaren Gebührnisse errechnet.

Dementsprechend werden die Gebührnisse zunächst für ein Jahr festgestellt, gegebenenfalls nach Maßgabe der Vorschriften über das Ruhen der Versorgung (§§ 61 bis 65) geregelt und sodann auf einen durch drei teilbaren vollen Markbetrag nach oben abgerundet.

Dem unter Teilung durch zwölf (Zahl der Monate) ermittelten wirklichen (nicht abgerundeten) Monatsbetrage wird der Hundertsatz der Gebührnisse (25 vom Hundert) unabgerundet hinzugeschlagen und sodann der Betrag der zu zahlenden Gebührnisse auf volle fünf Pfennig nach oben abgerundet (vgl. Nr. 2 der Ausführungsbestimmungen zu § 67).

7. Mit Rücksicht auf die Möglichkeit einer Änderung des Hundertsatzes der Teuerungszulage ist diese in den Rentenfeststellungen und in den Zahlungsanweisungen von allen übrigen Gebührnissen gesondert ersichtlich zu machen.

Bei einer Änderung des Hundertsatzes der Teuerungszulage bedarf es keines neuen Feststellungsbescheids. Die Berechnung der Teuerungszulage erfolgt, soweit nichts anderes bestimmt wird, durch die Zahlstellen.

Ausdehnung des Personenkreises.

Zu § 88.

1. Die Ausdehnung des Personenkreises ermöglicht die entsprechende Anwendung des Gesetzes auf Personen, bei denen zur Zeit der Beschädigung gewisse Beziehungen zur deutschen Wehrmacht vorgelegen haben.

Digitized by Google

Dienstbeschädigung liegt bei diesen Personen, die keinen eigentlichen Militärdienst getan haben, vor, wenn das schädigende Ereignis im Zusammenhange mit Verrichtungen des Beschädigten steht, die nach ihrer Art dem Militärdienst gleichzustellen sind.

2. Nach § 88 Nr. 1 besteht ein Anspruch auf Versorgung nur, wenn die Reise ausschließlich dem Zwecke diente, den Ort der beabsichtigten Gestellung zu erreichen und auf dem nach Lage der Verhältnisse gebotenen Wege durchgeführt wurde. Entsprechendes gilt für die Heimreise nach der Entlassung.

3. Zu § 88 Nr. 2 gehören die Personen, die während des Krieges zu Musterungen aufgefordert worden sind, dagegen nicht die in Versorgungsangelegenheiten zu ärztlichen Untersuchungen und dergleichen bestellten Personen.

4. Zu § 88 Nr. 3 kommen in erster Linie in Betracht:

Forstschutz-, Post- und Eisenbahnbeamte, Beamte der Wasserversorgungsanlagen, Zoll- und Steueraufseher, Chausseeaufseher. „Auf Befehl" des Vorgesetzten handelt auch derjenige Zivilbeamte, der freiwillig unter Billigung seiner Zivilbehörde Dienst zur Unterstützung militärischer Maßnahmen leistet.

Die Art der Verwendung muß so sein, daß der Beamte unmittelbar durch sie der Befehls- und Disziplinargewalt eines militärischen Befehlshabers unterstellt wird.

5. Zu § 88 Nr. 4 rechnet nur das Personal der freiwilligen Krankenpflege im Sinne der Nr. 62 ff. der „Dienstvorschrift für die freiwillige Krankenpflege" vom 12. März 1907.

6. Zu § 88 Nr. 5 gehören u. a.:

Personen, die auf Ersuchen eines militärischen Befehlshabers nach Eintritt der Mobilmachung als Posten zum Schutze von Brücken und Bahnanlagen sowie zur Überwachung und Regelung des Kastenwagenverkehrs verwendet worden sind.

7. Zu § 88 Nr. 6 können u. a. gehören:

Zivilärzte, Dolmetscher, Ingenieure, Zivilflieger, Angehörige der freiwilligen Kraftfahr- und Motorbootskorps, Kundschafter, militärische Agenten, Armierungsarbeiter, Gespannführer, Marketender sowie Köche, Kellner und Barbiere der Schiffsmessen. Ferner gehören hierher Hilfsdienstpflichtige gemäß dem Gesetz über den vaterländischen Hilfsdienst vom 5. Dezember 1916 (RGBl. S. 1333), wenn sie mit der Wehrmacht einen privatrechtlichen Dienstvertrag geschlossen haben.

Dagegen fallen Personen, die auf Grund des Gesetzes über die Kriegsleistungen vom 13. Juni 1873 (RGBl. S. 129) oder auf Veranlassung von Zivilbehörden im Interesse der Heeresverwaltung Dienst geleistet und dabei eine Beschädigung erlitten haben, nicht unter das Reichsversorgungsgesetz.

Der privatrechtliche Dienstvertrag bedarf zu seiner Rechtsgültigkeit nicht der schriftlichen Form; es genügt jede ausdrückliche oder stillschweigende Vereinbarung über eine Dienstleistung, die den Umständen nach nur gegen eine Vergütung zu erwarten ist.

8. Zu § 88 Nr. 5, 6 und 7.

Die Dienstbeschädigung ist auf die besonderen, nur dem Kriege eigentümlichen Verhältnisse zurückzuführen, wenn sie in unmittelbarem Zusammenhange mit der eigentlichen Kriegführung steht. Dieses ist im Heimatgebiete nur dann der Fall, wenn die Dienstbeschädigung dadurch herbeigeführt wird, daß kriegerische Ereignisse oder Zustände von der Front auf das Heimatgebiet übergreifen oder die dienstliche Tätigkeit durch Kampfhandlungen unmittelbar beeinflußt wird.

Den Schiffsjungen steht ein Anspruch auf Versorgung auch dann zu, wenn die Dienstbeschädigung sich auf einem in Dienst gestellten Schiffe ereignet hat. Die Indienststellung eines Schiffes beginnt mit dem Hissen von Flagge und Kommandozeichen und endet mit ihrer Niederholung.

Übergangs- und Schlußvorschriften.

Zu § 92.

1. Da das Gesetz mit Wirkung vom 1. April 1920 in Kraft getreten ist, sind von diesem Zeitpunkt an die nach dem Reichsversorgungsgesetze berechneten Versorgungsgebührnisse zu zahlen, wobei jedoch die nach den bisher geltenden Bestimmungen seit dem 1. April 1920 gezahlten Gebührnisse anzurechnen sind.

2. Wer nach dem 31. März 1920 aus dem Dienste geschieden ist und infolge Dienstbeschädigung versorgungsberechtigt ist, fällt auf Grund des § 92 Abs. 1 unter das Reichsversorgungsgesetz.

3. Nach § 92 Abs. 2 findet das Gesetz auch auf diejenigen Personen, die vor dem 1. April 1920, aber nach Kriegsbeginn ausgeschieden sind, vor allem also auf alle Kriegsteilnehmer, Anwendung.

4. Nach Abs. 3 bleiben für Versorgungsberechtigte, deren Anspruch schon vor dem Kriege entstanden war, auch die früher geltenden Vorschriften in Kraft, wenn sich an den früheren Versorgungsansprüchen durch den Krieg nichts geändert hat.

5. Solche Berechtigten, deren Ansprüche teils während einer vor dem Kriege beendeten Dienstleistung, teils erst im Kriege entstanden sind, sollen gemäß Abs. 4 nur nach den Vorschriften des Reichsversorgungsgesetzes abgefunden werden, wenn beide Ansprüche auf Gesundheitsstörungen zurückzuführen sind; es ist also die gesamte Minderung der Erwerbsfähigkeit nach diesem Gesetze zu beurteilen.

6. Nach § 92 Abs. 4 gilt also für frühere Kapitulanten, die nach mindestens achtjähriger Dienstzeit ohne Nachweis einer Dienstbeschädigung infolge Minderung der Erwerbsfähigkeit schon vor dem Kriege Versorgungsansprüche gemäß § 1 Abs. 2 des Mannschaftsversorgungsgesetzes erworben hatten, nur das Reichsversorgungsgesetz, wenn nach dem 31. Juli 1914 ein neuer Anspruch infolge einer Dienstbeschädigung entstanden und geltend gemacht ist. Dagegen bedürfen gemäß § 92 Abs. 3 früher erworbene reine Dienstzeitbezüge der Offiziere und Kapitulanten keiner Abänderung neben der Versorgung nach dem Reichsversorgungsgesetze, diese ruht aber in Höhe der nach früheren Gesetzen zahlbaren Gebührnisse (§ 63 Abs. 1 Nr. 3).

Zu § 1.

Das Gesetz ist gemäß § 92 Abs. 1 mit Wirkung vom 1. April 1920 in Kraft getreten. Der Lauf der in den §§ 32, 49, 52 und 54 bezeichneten Fristen hat demgemäß frühestens mit Anfang des 1. April 1920 begonnen.

Digitized by Google

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Allgemeiner deutscher Krankenkassentag.

Am 2. Dezember 1920 fand in Berlin ein Allgemeiner deutscher Krankenkassentag statt. Die Einladung dazu war ausgegangen vom Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen, dem Verband zur Wahrung der Interessen der deutschen Betriebskrankenkassen, dem Gesamtverband der Krankenkassen Deutschlands, dem Allgemeinen Verband deutscher Landkrankenkassen und dem Verband deutscher Innungskrankenkassen. In der Einladung hieß es, daß die verschärfte Kampfstellung der organisierten Ärzteschaft die Krankenkassen mit gebieterischer Notwendigkeit zwinge, den Schutz der Gesetzgebung anzurufen. Die Ärzteschaft nutze ihre Monopolstellung aus und schrecke vor objektivem Rechts- und Vertragsbruch nicht zurück. Es sollen die Krankenkassen gezwungen werden, einen dreifach überfüllten Beruf standesgemäß zu versorgen. Dadurch würden die Beitragslasten steigen, die Leistungen eingeschränkt werden. Statt Ausbau trete Verfall der Volksgesundheitspflege ein.

In den fünf genannten Verbänden sind 6750 Krankenkassen mit 16¼ Millionen Versicherter zusammengefaßt. Kein Wunder also, daß der große Saal des Lehrervereinshauses die Menge der Versammlungsteilnehmer kaum zu fassen vermochte. Fräßdorf-Dresden eröffnete die Tagung und wies in seiner Begrüßungsrede darauf hin, daß die Zusammenkunft im vollsten Sinne des Wortes als Vertretung aller deutschen Krankenkassen angesehen werden könne. Mit besonderer Schärfe sei der Kampf der Ärzte gegen die Krankenkassen im Ärztestreik im Mai 1920 zum Ausdruck gekommen. Der Krankenkassentag wolle auf die Regierung und den Reichstag einwirken, damit im Wege der Gesetzgebung Verhältnisse geschaffen werden, die einen dauernden Tarifvertrag der Kassen mit den Ärzten ermöglichen unter Bedingungen, die für die Kassen erschwinglich sind. Die Krankenkassen wollen die Ärzte nicht proletarisieren, aber sie wollen ihnen auch nicht die Kassen widerstandslos ausliefern. Wir führen keinen Kampf gegen die Ärzte, sondern einen solchen für die Gleichberechtigung der Kassen mit den Ärzten und für die Interessen der Versicherten.

Der Berichterstatter Helmut Lehmann-Dresden sprach sodann über die Neuordnung des ärztlichen Dienstes in der Krankenversicherung. In den neunziger Jahren des vorigen Jahrhunderts hätten allerdings die Kassenmitglieder die freie Arztwahl gefordert. Aber die Krankenkassenvertreter hätten sogleich große Bedenken gegen diese Einrichtung gehabt. Dort, wo die freie Arztwahl eingeführt worden ist, sei nicht eingetreten, was sich Kranke und Ärzte von ihr versprochen hatten. Sie habe die Zahl der Ärzte vermehrt, und wenn diese noch weiter steige, könne die Proletarisierung des Ärztestandes nicht mehr verhindert werden. Durch die freie Arztwahl sei das „Kassenlöwentum" gezüchtet worden. Bei diesem Arztsystem sei die Behandlung der Kranken fabrikmäßig. Als Beispiel verweist Redner auf Groß-Berlin. Seit Jahren versuchen die Krankenkassenverbände, mit den Ärzteorganisationen zu einem dauernden Vertragsverhältnis zu kommen. Als das Tarifabkommen im Jahre 1919 kaum abgeschlossen war, erhoben die Ärzte neue Forderungen auf Erhöhung der Tarifsätze, und schließlich verlangten sie die unbeschränkte freie Arztwahl und drohten mit den schärfsten Kampfmitteln. Bei den vielen Verhandlungen zeigte es sich, daß mit den Vertretern der Ärzte eine Verständigung nicht möglich war. Durch das infolge des Generalstreiks abgeschlossene neue Abkommen vom Juni 1920 wurde das Arzthonorar um 200 vH. erhöht. Die Ausgaben für ärztliche Hilfe beliefen sich je Versicherten im Jahre 1919 auf 10 ℳ, im Jahre 1920 aber auf 30 ℳ. Infolgedessen mußten die Kassenbeiträge von 4½ auf 7 bis 8, in manchen Fällen sogar auf 10 vH. des Grundlohns erhöht werden. Wenn die Beiträge weiter gesteigert werden müssen, wird die Krankenversicherung ebenso unpopulär wie das Steuerzahlen. Die Kassen sind durch Gesetz verpflichtet, ihren Mitgliedern ärztliche Hilfe zu gewähren, aber das Gesetz gibt ihnen nicht die Möglichkeit, diese Hilfe zu angemessenen Bedingungen zu erlangen. Die Ärzte haben einen Koalitionszwang eingerichtet, gegen den die Regierung die Kassen schützen müsse. Es ist nicht richtig, die Ärzteorganisation auf gleiche Stufe mit einer Gewerkschaft zu stellen. Die Beitragsleistung kann keine weitere Erhöhung mehr vertragen. Dadurch sei die Einführung der freien ärztlichen Behandlung für Familienangehörige, gegen die sich ebenfalls die Ärzte sträuben, gefährdet. Eine Arbeitsgemeinschaft ist nur möglich, wenn sie zwischen Gleichberechtigten abgeschlossen wird. Dazu ist aber eine Gesetzesänderung nötig, welche die Monopolstellung der Ärzte aufhebt.

In der folgenden Aussprache betonte Hermann Müller-Berlin (Vertreter des Allgemeinen Deutschen Gewerkschaftsbundes) die volle Sympathie der Gewerkschaften für den Kampf, in den einzutreten die Krankenkassen gezwungen sind. Es darf nicht sein, daß die Ärzte nur ihre eigenen Interessen ohne Rücksicht auf das Allgemeinwohl vertreten. Die Unterstützung der Gewerkschaften ist den Krankenkassen sicher. (Lebhafter Beifall.) Ein Vertreter des Gesamtverbandes christlicher Gewerkschaften erklärt, daß in dem bevorstehenden Kampf zwischen Ärzteschaft und Krankenkassen all ihre Sympathien den Krankenkassen gehörten. Durch das Vorgehen der Ärzte werde eine immer schlechtere Behandlung der Patienten bewirkt. Man sei hier versammelt zum Aufruf des Gesetzgebers zum Schutze der Krankenkassen gegen unberechtigte Forderungen eines sozial wichtigen Standes, der nicht nur Rechte, sondern auch Pflichten habe, die er nicht erfülle. Diesen Ausführungen schließen sich Aufhäuser von der Arbeitsgemeinschaft freier Angestelltenverbände, Unger vom Allgemeinen deutschen Landkassenverband, Seidel vom Gesamtverband der deutschen Krankenkassen, Sitz Essen, Kersten-Magdeburg, der Vertreter deutscher Innungskrankenkassen, an. Hartmann vom Verband Hirsch-Dunckerscher Gewerkvereine wünscht den Ärzteberuf als einen lebenswichtigen Betrieb aufgefaßt, auf den das in Vorbereitung befindliche Schlichtungsgesetz anzuwenden sei. Ziegenmeier-Braunschweig sieht in einer Arbeitsgemeinschaft nicht mehr eine Möglichkeit, alle Fragen zu lösen und fordert gesetzgeberische Maßnahmen. Die Vorstände haben es satt, sich in einem unfruchtbaren Kampf mit den Ärzten zu verzetteln. Ein anderer Vertreter weist die Mitteilung, die jüngst in ärztlichen Blättern gemacht wurde, die Krankenkassen bliesen zur Generaloffensive, entschieden zurück; es handele sich um eine Gegenoffensive.

In einem Schlußwort betont der Referent Lehmann, es sei hier eine deutliche Sprache ge-

Digitized by Google

redet worden, und die Regierung müsse jetzt wissen, was not tue. Man wolle jetzt endlich Taten sehen.

Hierauf wurde folgende Entschließung einstimmig angenommen:

„Die heute versammelten Vertreter aller Kassenarten, Arbeitgeber und Arbeitnehmer, ohne Unterschied der politischen Parteistellung, fordern daher nachdrücklichsten Schutz der Kassen durch die Gesetzgebung nach folgenden Grundsätzen:

1. Die Vorzugsstellung der Ärzte muß beseitigt werden. Sobald bei den Kassen die ärztliche Versorgung gefährdet ist, müssen die Kassen ohne weiteres berechtigt sein, an Stelle der ärztlichen Behandlung eine Barleistung zu gewähren.

2. Zur Verbesserung der Krankenbehandlung muß den Krankenkassen insbesondere die Errichtung von ärztlich geleiteten Behandlungsstellen (Ambulanzen und dergleichen) gestattet werden.

3. Die Zulassung der Ärzte zur Kassentätigkeit muß nach dem Grundsatz der Bedarfsdeckung geregelt werden.

4. Zur Förderung eines gedeihlichen Zusammenwirkens sind Schiedsausschüsse bei den Oberversicherungsämtern und ein Zentralschiedsamt beim Reichsarbeitsministerium zu errichten."

Der Vorsitzende, Reichstagsabgeordneter Gehring, schloß sodann mit einem Rück- und Ausblick die Tagung.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern der Zeitschrift an dieser Stelle der Regel nach unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder eine zivilrechtliche Haftung wird nicht übernommen. Ist Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere Begründung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft gewünscht oder erscheint die Sache zur Veröffentlichung nicht geeignet, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor.

Anspruch des Arztes für Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden.

1. **Nach Viersen.** Antwort: Wenn die Zuziehung eines Arztes wegen der Schwangerschaftsbeschwerden, wie Sie angeben, notwendig war, so handelte es sich um einen regelwidrigen Verlauf der Schwangerschaft, also um Krankheit im Rechtssinne. Die Schwangere hatte daher auf Grund Ihrer Satzung, die den Angehörigen des Versicherten freie ärztliche Behandlung zubilligt, Anspruch auf die Hilfe des Kassenarztes, und dieser ist für seinen Beistand durch das vertragsmäßige Pauschale abgefunden, sofern nicht der Vertrag für solche Fälle etwas anderes bestimmt. Daß der Schwangeren außerdem die bare Beihilfe „bis zum Betrage von 25 ℳ" nach § 195a Abs. 1 Ziff. 3, § 205a RVO. zusteht, begründet keinen Anspruch des Arztes auf einen Anteil an diesem Betrage.

Kriegsteilnehmerschaft während Strafverbüßung; Verjährung des Anspruchs auf Kriegswochenhilfe.

2. **Nach Hammelburg.** Antwort: Daß der Ehemann der am 20. 7. 17 niedergekommenen Frau damals eine militärische Freiheitsstrafe wegen Gehorsamsverweigerung im Felde verbüßte, hob seine Eigenschaft als Kriegsteilnehmer nicht auf (Entsch. des ObSchGer. in ArbVers. 1920 Heft 30 S. 590) und schließt daher den Anspruch der Frau auf Wochenhilfe auf Grund der Bekanntmachung vom 23. 4. 15 (ArbVers. S. 300) nicht aus, dessen sonstige Voraussetzungen nach Ihren Angaben gegeben sind. Der Anspruch ist auch noch nicht verjährt. Nach § 5 der Bek. gilt § 223 RVO. entsprechend. Die hiernach vorgesehene Verjährungsfrist von zwei Jahren ist aber bis Ende 1920 verlängert (Verordg. v. 26. 11. 19, ArbVers. S. 707; zu vgl. das. S. 199 Ziff. 3).

Dauer der Krankenhilfe (§ 183 Abs. 2 RVO.).

3. **Nach Hoyerswerda.** Antwort: Ihr Bedenken gegen unsere Auskunft im Jahrg. 1920 Heft 33 S. 660 Ziff. 24 ist nicht begründet. Nach der Regel des § 183 Abs. 1 Satz 1 endet die Krankenhilfe allerdings, wenn Krankengeld nicht sofort, sondern erst von einem späteren Tage an bezogen wird, erst mit Ablauf von 26 Wochen nach diesem späteren Tage. Hiervon macht aber Abs. 2 eine Ausnahme für den Fall, daß das Krankengeld über die 26. Woche nach Beginn der Krankheit hinaus zu zahlen ist; dann endet mit seinem Bezug auch der Anspruch auf Krankenpflege, also die Krankenhilfe überhaupt; der Versicherte ist ausgesteuert. Es ist also nicht richtig, daß in dem vorliegenden Falle mit Eintritt der Arbeitsunfähigkeit am 26. Juli eine „neue" Frist von 26 Wochen begonnen habe, die erst am 24. Januar 1921 abgelaufen sein würde, obwohl der Krankengeldbezug bereits am 28. Oktober 1920 geendet hatte.

Freiwillige Weiterversicherung eines Lehrlings ohne Entgelt.

4. **Nach Coswig.** Antwort: Auch ein ohne Entgelt beschäftigter Lehrling kann sich beim Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung nach § 313 RVO. freiwillig weiterversichern und bleibt dann Mitglied in seiner bisherigen Klasse oder Lohnstufe, hat also, wie bisher, keinen Anspruch auf Krankengeld, und daher auch weiterhin nur die entsprechend ermäßigten Beiträge zu entrichten (§ 494 RVO.).

Verfahren, wenn das Oberversicherungsamt ein anderes für zuständig hält.

5. **Nach N.** Antwort: Es handelt sich um einen von Ihnen auf Grund des § 1509 RVO. gestellten Antrag auf Feststellung der Unfallentschädigung für einen bei Ihrer Kasse Versicherten. Die in Anspruch genommene Berufsgenossenschaft hatte Ihnen ablehnenden Bescheid und, auf erhobenen Einspruch, ablehnenden Endbescheid erteilt (§§ 1583, 1591, 1606 RVO.). Gegen diesen war nach § 1675 Berufung an das Oberversicherungsamt zulässig. Dieses Rechtsmittel haben Sie nach den Akten durch Schriftsatz v. 17. 4. 20 bei dem Oberversicherungsamt X eingelegt, das sich aber nach Ihrer Angabe „für

Digitized by Google

unzuständig erklärt" haben soll und „zur Abweisung der Klage kommen" wollte. Aus den Akten ist darüber nichts zu ersehen; vielmehr ergibt das Protokoll v. 1. 11. 20 nur, daß der Vorsitzende (der Spruchkammer) den Sachverhalt aus den Akten vortrug und daß nach der Verhandlung der Sache der Vertreter der Kasse die Berufung zurücknahm. Vielleicht also hatte sich aus dem Vortrag und der Verhandlung ergeben, daß das Oberversicherungsamt sich für unzuständig erachtete, und vielleicht hatte sich hierdurch der Vertreter der Kasse veranlaßt gesehen, es auf eine Entscheidung nicht ankommen zu lassen, sondern das Rechtsmittel zurückgenommen. Verhält sich die Sache so und hatte nicht etwa der Vertreter der Kasse sich überzeugt, daß die Rechtsverfolgung in der Sache selbst aussichtslos sein würde, so war die Zurücknahme der Berufung ein Fehler. Denn ein Bedenken gegen die Zuständigkeit konnte im Hinblick auf § 1675 RVO. nur in der Richtung bestehen, daß ein anderes Oberversicherungsamt zur Entscheidung über die Berufung zuständig sei, weil der Versicherte zur Zeit der Erhebung der Berufung im Bezirke des angerufenen Oberversicherungsamts X weder gewohnt habe noch beschäftigt gewesen sei (§ 1677 RVO.). Ob dies tatsächlich zutrifft, können wir aus den Akten nicht ersehen. In keinem Falle aber konnte das mit der Sache befaßte Oberversicherungsamt aus diesem Grunde „zur Abweisung der Klage", d. h. zur Verwerfung der Berufung gelangen, sondern es hätte die Sache nach § 1677 Satz 2 in Verbindung mit § 1640 RVO. an das andere Oberversicherungsamt, das es für zuständig hielt, abgeben müssen, und wenn auch dieses sich nicht für zuständig hielt, so mußte das Reichsversicherungsamt darüber entscheiden (zu vgl. Entsch. des RVA. 1898 Amtl. Nachr. 1914 S. 706). So hätte verfahren werden müssen. Nachdem statt dessen die Berufung zurückgezogen und dadurch der Endbescheid der Berufsgenossenschaft rechtskräftig geworden ist, ist die Sache endgültig zuungunsten der Kasse erledigt.

Zum Tarifabkommen zwischen Kassen und Ärzten.

6. **Nach Bielefeld.** Antwort: Wenn die Kasse sich verpflichtet hat, die Ärzte wegen ihres Vertragsbruchs nicht zu „maßregeln", so ist das eine recht unklare Fassung, die, wie wir schon im Heft 28 S. 557 Ziff. 2 bemerkt haben, allenfalls dahin verstanden werden kann, daß die Kasse keinen Schadenersatzanspruch wegen des Vertragsbruchs erheben darf. Keinesfalls aber kann dadurch ausgeschlossen sein, daß die Kasse den Anspruch der Ärzte auf die vertragsmäßige Vergütung im Hinblick auf die Zeit, in der die Ärzte vertragswidrig ihre Dienste eingestellt hatten, entsprechend kürzt. Wenn im Vertrage bestimmt ist, daß bei Bezahlung nach Einzelleistungen im Vierteljahrsdurchschnitt die Zahl von zusammen 3,5 Beratungen und Besuchen auf den einzelnen Krankheitsfall nicht überschritten werden darf (zu vgl. Tarifabk. v. 9. 12. 19 Ziff. 3), und wenn die Ärzte rechtswidrig während eines Teiles des Vierteljahres als Kassenärzte gefeiert haben, so ist es nur eine selbstverständliche Rechtsfolge und keine „Maßregelung", daß sie sich eine verhältnismäßige Kürzung jener für die Berechnung ihres Honorars mit maßgebenden Zahl von 3,5 gefallen lassen müssen. Auch der andere Einwand der Ärzte, daß nach dem Schiedsspruch v. 2. 6. 20 vier Leistungen im Vierteljahr angerechnet werden müßten, ist unbegründet. Der Schiedsspruch (ArbVers. 1920 S. 377) enthält über diesen Punkt überhaupt nichts. Das Tarifabkommen aber (S. 37) bestimmt unter Ziff. 3, daß „in der Regel" die Begrenzung mit der Maßgabe stattfinden „soll", daß zusammen vier Beratungen und Besuche auf den einzelnen Krankheitsfall nicht überschritten werden dürfen. Nach dieser Fassung sind abweichende Vertragsbestimmungen hinsichtlich der Zahl nicht ausgeschlossen und also in Geltung geblieben.

Abmeldepflicht und Beitragspflicht der Gemeinde für Erwerbslose.

7. **Nach Ulm.** Antwort: Die Pflicht der Gemeinde zur Versicherung Erwerbsloser bei der Krankenkasse setzt nach § 12a Vrdg. über Erwerbslosenfürsorge voraus, daß der Erwerbslose zur Krankenversicherung berechtigt ist. Es handelt sich also um Ausübung dieser Berechtigung durch die Gemeinde an Stelle des Erwerbslosen, mithin im Sinne der RVO. um freiwillige Versicherung. Für „die zu diesem Zwecke erforderlichen Meldungen", welche von der Gemeinde zu bewirken sind, kann § 317 RVO. als maßgebende Norm gelten, soweit es sich um den Inhalt der Meldung handelt. Im übrigen aber ist zu beachten, daß § 317 die Meldepflicht des Arbeitgebers hinsichtlich seiner versicherungspflichtig Beschäftigten betrifft und daher auf die Pflicht der Gemeinde zur Ausübung des Selbstversicherungsrechts des Erwerbslosen nicht bezogen werden kann. Die Folgen der Versäumung dieser Pflicht bestimmen sich daher nur nach Abs. 2, 3 des § 12a der Vrdg. in Verbindung mit den auf die freiwillige Versicherung bezüglichen Vorschriften der RVO., so daß z. B. die Gemeinde dem Erwerbslosen gemäß Abs. 2 a. a. O. die Krankenhilfe auch dann selbst zu gewähren hat, wenn sie durch zweimalige Versäumung der Beitragsleistung das Erlöschen der Versicherung nach § 314 Abs. 1 RVO. verursacht hat. Dagegen ist die Anwendung des § 397 Abs. 1 RVO. ausgeschlossen. Diese Vorschrift, wonach die Beiträge bis zur vorschriftsmäßigen Abmeldung, gegebenenfalls über die Dauer der Pflichtversicherung hinaus, bis zur vorschriftsmäßigen Abmeldung fortzuzahlen sind, bezweckt, die Arbeitgeber zur rechtzeitigen Erfüllung ihrer Abmeldepflicht anzuhalten. Eine Abmeldepflicht der Versicherungsberechtigten besteht nach der RVO. nicht. Ihre Beitragspflicht und folglich auch die der Gemeinde nach § 12a Vrdg. endet mit dem Erlöschen der freiwilligen Versicherung. — Wie andere Krankenkassen diese Vorschriften handhaben, ist schwer zu sagen. Uns scheint, daß die Geschäftsführer der großen Krankenkassen kaum anders als hier dargelegt verfahren werden.

Eintrittsgeld beim Übertritt von der reichsgesetzlichen Angestelltenversicherung zu einer Ersatzkasse.

8. **Nach Cassel.** Antwort: Die Ersatzkassen müssen nach § 373 Abs. 2 VersGes. für Angest. den §§ 374 bis 378, 172 Abs. 2 genügen. Nach diesen Vorschriften müssen zwar die Kassenleistungen den reichsgesetzlichen Leistungen mindestens gleichwertig sein (§ 375); aber daß die Beiträge zur Ersatzkasse nicht höher sein dürften als die zur Reichsversicherung, ist nicht vorgeschrieben (zu vgl. § 377). Daher sind die Ersatzkassen auch nicht gehindert, von den Versicherten, und zwar auch von

Digitized by Google

denen, die aus der Reichsversicherung zur Ersatzkasse übertreten, ein Eintrittsgeld zu erheben, das ja nichts anderes ist als ein einmaliger Beitrag.

Beiträge für volle Wochen zur Kranken- und zur Invalidenversicherung.

9. **Nach Thalheim.** Antwort: Für die Krankenversicherung hat das Reichsversicherungsamt angenommen, daß § 397 Abs. 4 RVO., also eine Bestimmung der Satzung, daß Kassenbeiträge stets für volle Wochen erhoben und zurückgezahlt werden, sich nur auf den Fall des Ausscheidens aus der Kasse beziehe (Entsch. Nr. 1789 Amtl. Nachr. 1913 S. 830 und Nr. 2296 Amtl. Nachr. 1916 S. 811). Die Entscheidung ist mit Wortlaut, Entstehungsgeschichte und Zweck der Gesetzesvorschrift unvereinbar (Hahn in ArbVers. 1914 S. 140), beherrscht aber die Rechtsübung. Danach ist die Satzungsbestimmung nicht anwendbar, wenn ein Versicherter im Lauf einer Woche arbeitsunfähig wird und deshalb die Beitragspflicht nach § 383 RVO. wegfällt, und ebenso nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit im Lauf einer Woche endet (vgl. dagegen ArbVers. 1910 S. 607 Ziff. 4 und 1914 S. 691). Es sind also Beiträge anteilig für jeden Tag der Woche, an dem der Versicherte nicht arbeitsunfähig war, zu erheben. In der Invalidenversicherung gilt der Grundsatz (der freilich im § 1426 RVO. nur undeutlich zum Ausdruck gekommen, aber nach der Entstehungsgeschichte anzuerkennen ist), daß für jede Beitragswoche, in der eine Beschäftigung stattfand, ein Wochenbeitrag zu entrichten ist, gleichviel wie lange die Beschäftigung gewährt hat (zu vgl. Düttmann-Seelmann Anm. 4 zu § 1426). Dies gilt auch im Falle der Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit. Nur volle Wochen der Arbeitsunfähigkeit von Montag bis Sonnabend werden nach § 1393 (zu vgl. § 1387 Abs. 3) angerechnet, ohne daß Beiträge entrichtet zu werden brauchen (Düttmann-Seelmann Anm. 4 zu § 1393, Hanow Anm. 4 zu § 1393).

Krankenkassengeld neben den Leistungen der Militärversorgung.

10. **Nach Cöthen.** Antwort: § 14 des Reichsversorgungsgesetzes gewährt der Krankenkasse einen Ersatzanspruch nur für den Fall, daß sie selbst die Heilbehandlung durchführt. Wenn aber das Versorgungsamt diese gewährt, so hat die Kasse keinen Ersatzanspruch, wohl aber bleiben ihm Verpflichtungen gegenüber dem Militärdienstbeschädigten bestehen, sie hat ihm also ungekürzt das Krankengeld zu gewähren, das ihm im Falle der Arbeitsunfähigkeit satzungsgemäß zusteht. (Vgl. ArbVers. 1920 S. 580 Ziff. 12 und 13.) Allerdings soll vom Versorgungsamt auf das Militärhausgeld das von der Kasse gezahlte Krankengeld angerechnet werden (§ 13 Abs. 2). Also die Verpflichtung des Versorgungsamtes mindert sich, nicht die der Kasse.

Ersatzansprüche der Krankenkasse nach dem Reichsversorgungsgesetz.

11. **Nach Bremerhaven.** Antwort: Ihre Einwendungen gegen die Auskunft im Heft 29 S. 58 Ziff. 13 sind verfehlt. Vollen Ersatz der entstandenen Kosten, also auch des Krankengeldes, hat die Krankenkasse nur zu beanspruchen, wenn sie nur nach dem Reichsversorgungsgesetz verpflichtet war, Heilbehandlung usw. sowie Krankengeld und Hausgeld zu gewähren (§ 15). Hatte sie aber Heilbehandlung und Krankengeld nicht nur nach dem Versorgungsgesetz, sondern auch auf Grund eigener Verpflichtung zu gewähren, so erhält sie nur den im § 14 bezeichneten teilweisen Ersatz. Das ergibt sich unseres Erachtens klar aus dem Gegensatz der §§ 14 und 15; und daraus folgt, daß die Kasse im Falle des § 14 für das auf Grund des § 182 RVO. gezahlte Krankengeld keinen Ersatz beanspruchen kann.

Geltung der §§ 124 ff. RVO. für in der Satzung bestimmte Leistungsfristen.

12. **Nach Witten.** Antwort: Wenn Ihre Satzung gemäß § 191 Abs. 2 RVO. das Krankengeld schon vom ersten Tage der Arbeitsunfähigkeit an zubilligt bei Krankheiten, die „länger als zwei Wochen dauern", so ist diese Frist von zwei Wochen, die abgelaufen sein muß, nach § 125 RVO. zu berechnen. Denn die Vorschriften in §§ 124 ff. gelten anerkanntermaßen auch für Fristen, die einen Leistungsanspruch bedingen oder begrenzen (zu vgl. § 127 Abs. 2 und RVA. in ArbVers. 1915 S. 779) und auch für solche Fristen, die in Satzungen festgesetzt sind (Hahn, Handb. der KrVers. Vorbem. 1 vor § 124 RVO.).

Unterstützungsdauer bei chronischen Krankheiten ohne Arbeitsunfähigkeit.

13. **Nach Engen.** Antwort: Ist lediglich Krankenpflege, also nicht auch Krankengeld zu gewähren, so ist § 183 Abs. 1 Satz 1 anzuwenden, das heißt: die Unterstützungsdauer beträgt 26 Wochen und beginnt mit dem ersten Tage der Erkrankung (vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 2b zu § 183). Hierbei ist aber vorausgesetzt, daß die Krankenpflege (ärztliche Behandlung oder Anwendung von Heilmitteln) ununterbrochen erforderlich ist. Tritt nämlich eine Unterbrechung ein, so würde ein neuer Versicherungsfall beginnen, sobald abermals Krankenpflege notwendig wird, und dann wäre die Unterstützungsdauer von neuem nach § 183 RVO. zu berechnen. Eine Kürzung käme dann nach § 188 RVO. nur in Frage, falls bereits Krankengeld gewährt worden ist.

a) **Unfallversicherung erstreckt sich nicht auf Sachbeschädigung.** b) **Keine Hinterbliebenenrente für das nach dem Tode des Vaters geborene uneheliche Kind.**

14. **Nach Bernburg.** Antworten: a) Gegenstand der Unfallversicherung ist nur der Ersatz des Schadens, der durch Körperverletzung oder Tötung entsteht (§ 555 RVO.). Für Sachbeschädigung, also z. B. für Beschädigung der Kleider und der Uhr des Versicherten durch Betriebsunfall, haftet die Berufsgenossenschaft nicht.

b) Ein nach dem Tode seines Erzeugers geborenes uneheliches Kind hat keinen Anspruch auf Hinterbliebenenrente nach §§ 586, 588 RVO. (Entsch. des RVA. in ArbVers. 1914 S. 765).

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

Heft 1304 der ganzen Folge.

38. Jahrgang | 11. Januar 1921 | Heft 2

Die armenrechtliche Familieneinheit und die Ersatzansprüche der Armenverbände.

Von Stadtsekretär Gräbig in Berlin.

Die viel umstrittene Frage, ob der nach der Armengesetzgebung geltende Grundsatz der Familieneinheit in bezug auf die Ersatzansprüche aus § 1531 RVO. anzuwenden sei, ist vom Reichsversicherungsamt durch die Entscheidung vom 28. Oktober 1918 (ArbVers. 1918 S. 70) auch für den Fall entschieden worden, in dem es sich um die mittelbare Unterstützung des Familienhauptes durch Gewährung von Krankenhauspflege an die bei einer Krankenkasse versicherte Ehefrau handelt. Danach kann der Armenverband in einem solchen Fall wegen mangelnder Personenidentität keinen Ersatz verlangen; denn lediglich der Ehemann habe als unterstützt zu gelten, während anspruchsberechtigt bei der Krankenkasse die Ehefrau sei. Das Reichsversicherungsamt hat sich dabei auf die eingehend begründete, für einen Fall aus dem Gebiete der Invalidenversicherung ergangene grundsätzliche Entscheidung vom 20. März 1915 (ArbVers. 1915 S. 705) bezogen und betont, daß die für die Auslegung der Hilfsbedürftigkeit im Sinne des § 1531 RVO. maßgebenden Gesichtspunkte nicht wechseln könnten, je nachdem es sich um die Invaliden- oder Krankenversicherung handele. Mögen nun auch die Rechtsverhältnisse in dieser Beziehung für beide Gebiete die gleichen sein, so trifft dies doch nicht für die tatsächlichen Verhältnisse zu. Die Mißstände, die sich aus der Rechtsprechung für die Armenverbände ergeben, sind bei der Invalidenversicherung erträglicher als bei der Krankenversicherung, ja bei dieser wohl stets mit Ausfällen verbunden.

In der Entscheidung vom 20. März 1915 gibt das Reichsversicherungsamt zu, daß eine solche Lösung der Streitfrage gewisse Härten zur Folge haben könne, wenn Armenverbände für abhängige Familienmitglieder Aufwendungen gemacht hätten, ohne einen Anspruch auf Ersatz aus den diesen zustehenden Renten zu erlangen, und fügt hinzu, daß es die Armenverbände im allgemeinen in der Hand haben würden, auf anderem Wege derartige Ausfälle zu vermeiden. Dies dürfte bei der Invalidenversicherung allerdings der Fall sein. Handelt es sich nämlich um die Aufnahme einer rentenberechtigten Ehefrau in eine Versorgungsanstalt, so kann sich der Armenverband dadurch helfen, daß er sich die Rente vorher gemäß § 119 Abs. 2 RVO. abtreten läßt. Die gesetzlich dazu vorgeschriebene Genehmigung des Versicherungsamts wird in solchem Falle nicht versagt werden, da sie im Interesse der Aufzunehmenden liegt, besonders, wenn die Aufnahme von der Abtretung abhängig gemacht wird.

Völlig anders aber liegen die Verhältnisse auf dem Gebiete der Krankenversicherung. Zunächst kommen hier verschiedenerlei Leistungen (Krankengeld, Wochengeld, Kran-

Digitized by Google

kenpflege usw.) in Betracht. Sodann zwingt meist ein plötzlich eintretendes Ereignis, nämlich die Erkrankung oder Entbindung, den Armenverband zum sofortigen Eingreifen. Handelt es sich um die Aufnahme in eine Krankenanstalt, so wird die vorherige Einholung der Genehmigung des Versicherungsamts zur Abtretung des Krankengeldes oder anderer Barleistungen an den Armenverband im allgemeinen nicht möglich sein. Ist die Aufnahme aber einmal erfolgt, so wird die Zustimmung des Versicherungsamts versagt, weil die Abtretung nicht mehr im Interesse der Kranken liegt. In allen mir bekannt gewordenen Fällen hat das Oberversicherungsamt auf Beschwerde die ablehnende Entscheidung des Versicherungsamts bestätigt*). Für den Armenverband besteht also keine Möglichkeit, an das Krankengeld heranzukommen. Die Verpflegten selbst stellen aber das Krankengeld, wenn sie es einmal in die Hand bekommen haben, der Armenverwaltung höchst selten zur Verfügung. Die Folge der Rechtsprechung ist, daß armenrechtlich unselbständigen Personen neben dem Unterhalte im Krankenhause das volle Krankengeld verbleibt, während armenrechtlich selbständige, also auch Witwen und Waisen, nur die Hälfte behalten, obwohl sie schon dadurch schlechter gestellt sind als jene, daß sie meist für ihren Unterhalt selbst sorgen müssen, was bei den anderen in der Regel nicht der Fall ist.

Noch größer sind die sich aus der jetzigen Rechtsprechung hinsichtlich der Krankenpflege und der anderen Sachleistungen ergebenden Unbilligkeiten. Abgesehen von den hier ja ausscheidenden Fällen des § 1533 Ziff. 2 RVO. kommt Krankenpflege als Barleistung der Krankenkassen nur dann in Betracht, wenn ein dringender Fall im Sinne der §§ 368 und 375 RVO. vorliegt. Da aber der Nachweis, daß dies zutrifft, oft nicht möglich ist — der Begriff Dringlichkeit ist hier enger auszulegen als bei der Geltendmachung der Ansprüche aus § 1531 —, so kommt für den Versuch, einen Ersatz von der Kasse zu erlangen, nur ein kleiner Teil aller Fälle in Frage. Anspruchsberechtigt der Krankenkasse gegenüber ist nun aber die versicherte Person selbst. Der Armenverband könnte daher seine Forderung, die sich lediglich auf die tatsächlichen Aufwendungen für die Heilbehandlung erstrecken kann und deren Feststellung hinsichtlich der Höhe meist schwierig sein wird, nur auf die Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches über die auftraglose Geschäftsführung und ungerechtfertigte Bereicherung stützen (vgl. Hanow-Lehmann, Kommentar zur RVO., Anmerk. 7 zu § 1531) und müßte sie bei Ablehnung im ordentlichen Gerichtsverfahren zur Geltung bringen. Gegen die Begründung mit der auftraglosen Geschäftsführung ist indes der Einwand zu befürchten, daß der Armenverband nicht für die Krankenkasse gehandelt haben könne, da er lediglich seine eigenen Geschäfte besorgt habe. Für die ungerechtfertigte Bereicherung wird im allgemeinen als Voraussetzung verlangt, daß sich die Vermögensverschiebung unmittelbar zwischen den Parteien vollzogen hat, was hier nicht der Fall ist, da der Versicherte zwischen dem Armenverband und der Krankenkasse steht. Demgegenüber sei auf die Ausführungen des Rechtsanwalts Heine im Zentralblatt der Reichsversicherung Nr. 8 von 1918 S. 239 und 240 hingewiesen, der dartut, daß das Reichsgericht in einzelnen Fällen von diesem Grundsatz abgewichen ist. Was sodann die Frage der Zuständigkeit der ordentlichen Gerichte für einen solchen Streitfall anbelangt, so heißt es im Kommentar zum Gerichtsverfassungsgesetz von Sydow-Busch: „. . . vielmehr liegt eine bürgerliche Rechtsstreitigkeit immer dann vor, wenn der Anspruch auf einem privatrechtlichen Titel oder sonst auf privatrechtlicher Grundlage beruht, selbst wenn eine öffentlich-rechtliche Leistung in Frage steht." Auch das Reichsversicherungsamt hat sich in seiner grundsätzlichen Entsch. vom 23. März 1914

*) Das Reichsversicherungsamt hat diese Rechtsprechung gebilligt durch die Entsch. 2311 Amtl. Nachr. 1917 S. 265, ArbVers. 1917 S. 197. Zu vgl. noch Haberland, MonSchr. f. Arb. u. AngestVers. 1916 Sp. 286.

Digitized by Google

(Nr. 1880 Amtl. Nachr. v. 1914 S. 634, Arb. Vers. 1914 S. 734) dahin ausgesprochen, daß die aus anderen Rechtstiteln den Armenverbänden zustehenden Ansprüche — d. h. solche, die nicht auf § 1531 RVO. beruhen — nicht im Spruchverfahren nach §§ 1540 ff. RVO. verfolgbar sind. Gleichwohl hat das Landgericht Berlin I, 7. Zivilkammer, in zweiter Instanz in seiner Entscheidung vom 5. Oktober 1920 unter Hinweis auf das Urteil des Kammergerichts vom 9. Juli 1915 (vgl. Arb. Vers. 1915 S. 610) den Rechtsweg für unzulässig erklärt, ohne zu prüfen, ob der Anspruch materiell berechtigt ist.

Man wird hiernach zugeben müssen, daß hinsichtlich der Ersatzansprüche der Armenverbände in den fraglichen Fällen, die übrigens recht zahlreich sind — man denke nur an die vielen erwerbstätigen Ehefrauen —, ein unhaltbarer Rechtszustand eingetreten ist, und man wird es verstehen, wenn sich die Armenverbände geschädigt fühlen. Auf der anderen Seite haben die Krankenkassen einen unberechtigten Vorteil. Sie kommen um die Gewährung von Leistungen herum, die ihnen nach dem Gesetz obliegen. Da sie nicht gezwungen werden können, Krankenhauspflege zu gewähren, haben sie es in der Hand, die Fürsorge für ihre erkrankten Mitglieder, wenn stationäre Behandlung notwendig ist, dem Armenverband zu überlassen, und sich so eines Teils ihrer Pflichten zu entledigen.

Gehen wir auf die Entwicklung der zur Erörterung stehenden Rechtsprechung zurück (sie ist in der mehrfach angeführten Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 20. März 1915 dargestellt), so fällt auf, daß es sich lange Zeit nur um Fälle gehandelt hat, in denen das mittelbar unterstützte Familienhaupt selbst bei dem Versicherungsträger anspruchsberechtigt war. Da bei Schaffung der Versicherungsgesetze auch die Absicht obgewaltet hatte, eine Entlastung der Träger der Armenkosten herbeizuführen, galt es, eine Grundlage für die Ersatzansprüche in solchen Fällen zu schaffen. Das Bestreben, einen Weg dafür zu finden, geht klar aus der in der vorbenannten Entscheidung enthaltenen Stelle hervor, die lautet: „Auf diesem Gebiete" — nämlich dem der Krankenversicherung — „erschien seine Anwendung" — d. h. die der armenrechtlichen Familieneinheit — „unumgänglich, weil der Übergang des dem Kassenmitgliede zustehenden Anspruchs auf die Angehörigenunterstützung nach § 21 Nr. 5 KVG. und nach § 7 Abs. 2 daselbst auf den Armenverband sich nicht vollziehen könnte, wenn nicht die unmittelbar den Angehörigen geleistete Armenunterstützung zugleich als eine mittelbare Armenunterstützung des allein anspruchsberechtigten Kassenmitgliedes selbst behandelt würde (Entsch. vom 16. Januar 1902, Entsch. 41 S. 345, ArbVers. 1902 S. 392)." Während auch hier noch der Standpunkt vertreten wird, daß das Familienhaupt und das von ihm abhängige Familienmitglied nebeneinander als Unterstützte gelten, wird in der Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts vom 17. Dezember 1903 (ArbVers. 1904 S. 277) zum ersten Male der Grundsatz der armenrechtlichen Familieneinheit auf die Versicherungsgesetzgebung in strengem Sinne angewendet. Aber auch hier handelt es sich noch um einen Fall, in dem dem Familienhaupt der Rentenanspruch zustand, der Ersatzanspruch des Armenverbandes also begründet war. Wie es scheint, hat man damals noch nicht daran gedacht, daß der Spieß auch umgedreht werden kann und sich dann gegen den Armenverband richtet. Erst in der Entscheidung vom 10. November 1904 (ArbVers. 1905 S. 170) ist dieser Gedanke hervorgetreten, und zwar bei Behandlung eines Falles aus der Invalidenversicherung, während gleichartige Streitfälle aus der Krankenversicherung bis zum Jahre 1915 nicht vorgekommen, wenigstens meines Wissens nicht Gegenstand der Entscheidung der höchsten Spruchbehörden gewesen sind, was damit zu erklären sein dürfte, daß die Ersatzansprüche stets anerkannt worden sind. Erst durch die oft genannte Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 20. März 1915 wurden die Krankenkassen darauf aufmerksam gemacht, und nun erst setzten die Ablehnun-

Digitized by Google

gen der Ersatzansprüche in den in Rede stehenden Fällen ein, die schließlich durch die eingangs erwähnte Entscheidung vom 28. Oktober 1918 gutgeheißen wurden.

Also gut dreier Jahrzehnte soll es, wenigstens auf dem Gebiete der Krankenversicherung, bedurft haben, um den wahren Willen des Gesetzgebers zu erkennen? Ein Menschenalter hindurch soll das Gesetz falsch gehandhabt worden sein? Das kann unmöglich der Fall sein. Es muß vielmehr angenommen werden, daß bei Schaffung des Krankenversicherungsgesetzes an die heutige Auslegung der Bestimmungen nicht im entferntesten gedacht worden ist. Wie bereits erwähnt wurde, sollte das Gesetz eine Entlastung der aus öffentlichen Mitteln schöpfenden Träger der Armenlasten bringen. Diesem Willen des Gesetzgebers muß Genüge geschehen. Es dürfte daher nötig sein, die Anwendung des Grundsatzes der armenrechtlichen Familieneinheit in bezug auf die Ersatzansprüche der Armenverbände fallen zu lassen und eine Unterstützung sowohl des Familienhauptes als auch des Familienmitgliedes anzunehmen, wenn diesem die Leistung des Armenverbandes zugute gekommen ist, ist doch jener Grundsatz durch das Unterstützungswohnsitzgesetz selbst durchbrochen worden, und zwar durch die Bestimmung des § 29, wonach der Arbeitsort armenrechtlich Unselbständiger bei ihrer Erkrankung für die ersten 26 Wochen endgültig einzutreten hat. Unbilligkeiten den Versicherten gegenüber dürfte dadurch vorgebeugt sein, daß, wenigstens auf dem Gebiete der Kranken- und Unfallversicherung, die Einheit des Leistungsgrundes Voraussetzung für die Ersatzansprüche ist.

Sollte aber die Rechtsprechung im Versicherungswesen den Grundsatz der armenrechtlichen Familieneinheit beibehalten, so dürfte eine Änderung der gesetzlichen Bestimmungen ein dringendes Bedürfnis sein, wozu die bevorstehende Umgestaltung der Reichsversicherungsordnung gerade jetzt Gelegenheit bietet. Ein Zusatz zu dem § 1531 etwa in der folgenden Fassung würde die Unzuträglichkeiten aus der Welt schaffen: „Dies gilt auch, wenn die Unterstützung einem nach diesem Gesetze anspruchsberechtigten Familienangehörigen des Unterstützten zugute gekommen ist."

Eine ähnliche Regelung wäre auch für das Gebiet der Angestelltenversicherung (vgl. § 82 des VersGes. für Angest. vom 20. Dezember 1911) unerläßlich.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Zur Auskunftspflicht der Versicherungsträger gegenüber den Steuerbehörden.

a)

Schreiben des **Reichsversicherungsamts** (an den Reichsfinanzminister) vom 5. November 1920.

Unter Berufung auf die §§ 177, 179, 181 und 185 der Reichsabgabenordnung vom 13. Dezember 1919 (RGBl. 1919 S. 1993) sind Berufsgenossenschaften von Steuerbehörden ersucht worden, über die von einzelnen Unternehmern gezahlten Arbeitslöhne und Gehälter Auskunft zu erteilen, in einem Falle die jährliche Versicherungssumme und die hieraus sich ergebenden Holzmengen der im Bezirke ansässigen Holzhändler (Flößereiunternehmer) mitzuteilen.

Der bisherige auf § 142 RVO. gegründete Standpunkt des Reichsversicherungsamts, daß die Berufsgenossenschaftsvorstände nicht befugt seien, den Steuerbehörden Auskünfte zu erteilen, wird sich im Hinblick auf die allgemeine neue Regelung der Auskunftspflicht in der Reichsabgabenordnung kaum aufrechterhalten lassen.

Die §§ 177 bis 182 der Reichsabgabenordnung regeln die Auskunftspflicht in weitgehendem Sinne. Neben Einzelpersonen kommen nach § 177 Abs. 3 a. a. O. auch Behörden, Verbände und Vertretungen von Betriebs- oder Berufszweigen, von geschäftlichen oder gewerblichen Unternehmungen, Gesellschaften oder Anstalten zur Auskunfterteilung in Betracht. Daß die Vorschriften der Reichsabgabenordnung auch den in älteren Gesetzen ausdrücklich

Digitized by Google

aufgestellten Schweigeverpflichtungen vorgehen sollen, dürfte sich aus der Vorschrift des § 179 a. a. O. ergeben, die sonst mit Rücksicht auf § 300 des Reichsstrafgesetzbuches überflüssig wäre. Einen ausdrücklichen Vorbehalt über die Auskunftspflicht der nach § 142 RVO. zur Verschwiegenheit verpflichteten Personen enthält die Reichsabgabenordnung nicht. Danach dürften auch die Vorstände der Berufsgenossenschaften zur Auskunft an sich verpflichtet sein. Trotzdem bestehen Bedenken, den Ersuchen der Steuerbehörden zu entsprechen.

Die Berufsgenossenschaften sind weder Behörden, noch können sie als gesetzlich vorgeschriebene Vereinigungen der Unternehmer der versicherten Betriebe zum Zwecke der Unfallversicherung allgemein als „Verbände oder Vertretungen von Betriebs- oder Berufszweigen" angesehen werden. Im Sinne der Reichsabgabenordnung dürften sie daher nur wie Einzelpersonen zur Auskunfterteilung heranzuziehen sein. Im Hinblick auf § 209 der Reichsabgabenordnung ist daher ihre Auskunftspflicht nur eine aushilfsweise, wenn nämlich die Verhandlungen mit dem Steuerpflichtigen nicht zum Ziele führen oder keinen Erfolg versprechen. Die Berufsgenossenschaften als Einzelpersonen werden auch von der im § 191 der Reichsabgabenordnung festgestellten Beistandspflicht nicht betroffen.

Bei Zugrundelegung dieser Rechtsauffassung wäre die Aufforderung, Lohnnachweisungsergebnisse von Unternehmern mitzuteilen, nur dann zulässig, wenn die Steuerbehörde den Lohnnachweis nicht vom Unternehmer selbst erhalten könnte. Das Ersuchen, die jährlichen Versicherungssummen der versicherten Flößereiunternehmer mitzuteilen, wäre hiernach unzulässig. Hierzu wird auf den dortigen Erlaß über die allgemeinen Auskunfts- und Anzeigepflichten nach der Reichsabgabenordnung vom 1. Juli 1920 — III. 16 051 — Bezug genommen.

Im Falle des Einverständnisses mit diesen Darlegungen wird gebeten, die Steuerbehörden möglichst bald anzuweisen, die Berufsgenossenschaften nur in dem bezeichneten Umfange zur Auskunfterteilung in Steuersachen heranzuziehen. Die Versicherungsträger sind im Sinne der vorstehenden Ausführungen vorläufig verständigt worden.

b)

Verfügung des **Oberversicherungsamts Düsseldorf** (an die Versicherungsämter) vom 12. Oktober 1920.

Die Reichsabgabenordnung vom 13. Dezember 1919 (RGBl. S. 1993) legt in ihren §§ 177, 181 Dritten, auch wenn sie nicht als Steuerpflichtige beteiligt sind, mit gewissen persönlichen Einschränkungen die Verpflichtung auf, den Finanzämtern über Tatsachen Auskunft zu erteilen, die für die Ausübung der Steuerpflicht oder in einem Steuerermittlungsverfahren für die Feststellung von Steueransprüchen von Bedeutung sind. Abs. 3 des § 177 besagt, daß sich diese Auskunfterteilung auf Behörden, Verbände, Vertretungen von Betriebs- und Berufszweigen und dergl., also auch auf die Krankenkassen usw. erstreckt. Dieser Bestimmung steht § 142 RVO., wonach die dort bezeichneten Personen bestraft werden, wenn sie unbefugt Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse offenbaren, die ihnen in amtlicher Eigenschaft bekanntgeworden sind, nicht entgegen, denn von einer unbefugten Offenbarung kann nicht gesprochen werden, wenn es sich um eine auf Grund des Gesetzes zu erteilende Auskunft handelt. Außerdem bezieht sich das Gebot der Geheimhaltung nur auf eigentliche Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse, über die die Finanzämter keine Auskunft verlangen und verlangen können. Voraussetzung der Strafbarkeit ist vorsätzliche Offenbarung des Geheimnisses mit dem Bewußtsein der mangelnden Befugnis (siehe Hahn § 141 Anm. 4). Zweifel, die geäußert worden sind, geben Veranlassung zu einem Hinweis auf diese Vorschriften. Den Krankenkassen kann demnach nicht das Recht eingeräumt werden, sich hinsichtlich der Auskunftspflicht Finanzämtern gegenüber unter Bezugnahme auf § 142 RVO. ablehnend zu verhalten. Das Oberversicherungsamt ersucht, hiervon den Krankenkassen alsbald Mitteilung zu machen.

B. Zur Krankenversicherung.

Wochenhilfe und Wochenfürsorge für Ehefrauen von Reichswehrangehörigen.

Bescheid des **Reichsarbeitsministeriums** vom 8. Juli 1920 (RArbBl. S. 148).

Ehefrauen von Reichswehrangehörigen, die dem Reiche während des letzten Krieges keine Kriegsdienste geleistet haben, können bei Entbindungen Wochenhilfe und Wochenfürsorge lediglich nach Maßgabe der allgemeinen Vorschriften des Reichsgesetzes vom 26. September 1919 in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Mai 1920 (RGBl. S. 1069) beanspruchen (zu vgl. insbesondere die §§ 2, 10 und 17 ff. dieses Gesetzes).

Dagegen ist Ehefrauen von Reichswehrangehörigen, die als Kriegsteilnehmer anzusehen sind, Wochenhilfe auf Grund der Bekanntmachungen über die Kriegswochenhilfe zu gewähren, und zwar nach § 8 des erwähnten Gesetzes gegebenenfalls auch für die Entbindungen in der Zeit nach Beendigung des Krieges. Diese Gruppe kann dadurch in mancher Beziehung besser gestellt sein, als wenn sie Wochenfürsorge nach dem Gesetz vom 26. September 1919 beansprucht. So brauchen sie, wenn sie die Versiche-

Digitized by Google

rungszeit vor dem Dienstantritt gemäß § 1 der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 (RGBl. S. 492) erfüllt haben, nicht den Nachweis des Minderbemitteltseins zu führen, oder dieser Nachweis kann ihnen für das Jahr vor dem Diensteintritt gemäß § 2 der Bekanntmachung vom 23. April 1915 (RGBl. S. 258) leichter fallen als für die Jetztzeit. Zu beachten ist, daß bei Inanspruchnahme von Kriegswochenhilfe nach der Bekanntmachung vom 23. April 1915 auch jetzt noch die Lieferungsverbände zuständig sind.

Demnach ist, solange diese Vorschrift und die Verordnungen über die Kriegswochenhilfe noch gelten, bei Anträgen auf Gewährung von Wochenhilfeleistungen im Einzelfalle zu prüfen, ob der Ehemann die Eigenschaft als Kriegsteilnehmer besitzt oder nicht. Als Kriegsdienst im Sinne der Kriegswochenhilfebekanntmachungen wird nicht nur die Verrichtung militärischer Dienstleistungen während der Dauer des letzten Krieges, sondern auch der Dienst bei der neuen Reichswehr vor Kriegsende, der dem bei den Formationen des alten Heeres oder ihren Abwicklungsstellen geleisteten grundsätzlich gleichzustellen sein dürfte, anzusehen sein. Als Kriegsdienstzeit gilt gemäß § 1 der Bekanntmachung des Reichsarbeitsministers vom 25. Mai 1920 (RGBl. S. 1081) die Zeit bis zum 10. Januar 1920. Somit würden als Kriegsteilnehmer in obigem Sinne diejenigen Reichswehrangehörigen anzusehen sein, die bereits an diesem Tage Dienst bei der Reichswehr getan haben oder später aus Dienststellen des alten Heeres zur neuen Reichswehr übergetreten sind. Wer in diesen Dienst erst nach dem 10. Januar 1920 eintritt, ohne bis zum Eintrittstage sonstige militärische Dienste verrichtet zu haben, wird dagegen nicht mehr als Kriegsteilnehmer gelten können. Ausscheiden aus dem Militärdienst führt im allgemeinen zum Verlust der Kriegsteilnehmereigenschaft (zu vgl. jedoch § 8 Abs. 2 des Gesetzes vom 26. September 1919). Ist sie auf diese Weise erloschen, so dürfte sie auch durch den Beitritt zur Reichswehr nach Kriegsende (dem 10. Januar 1920) nicht wieder aufleben.

Die Unterscheidung zwischen Ehefrauen von Kriegsteilnehmern und Nichtkriegsteilnehmern ist auch für die Zeit nach Beendigung des Krieges insofern von Bedeutung, als in § 8 Abs. 2 des Gesetzes vom 26. September 1919 für Kriegsteilnehmer in obigem Sinne die Zeit nach dem 10. Januar 1920 in dem dort bezeichneten Umfang der Zeit der Kriegsdienstleistungen bei Anwendung der Bekanntmachungen über die Kriegswochenhilfe im Rechtssinne gleichgestellt wird. Und zwar betrifft § 8 Abs. 2 Satz 1 a. a. O. Entbindungen in der Zeit zwischen Kriegsende und der Entlassung aus dem Militärdienst, § 8 Abs. 2 Satz 2 solche, die nach Kriegsende binnen sechs Wochen nach der Dienstentlassung erfolgt sind. Dies hat zur Folge, daß die Vorschriften über die Kriegswochenhilfe nach geltendem Rechte zugunsten der Ehefrauen von Reichswehrangehörigen, die als Kriegsteilnehmer zu gelten haben, bis zu ihrem Ausscheiden aus dem Dienste der Reichswehr und darüber hinaus bis sechs Wochen nach dem Ausscheiden aus diesem Dienst anzuwenden sind.

Der vorstehende Bescheid ist in Übereinstimmung mit dem Reichsversicherungsamt erlassen.

Anweisung der Auslagen für Familienwochenhilfe und Wochenfürsorge in Groß-Berlin.

Erlaß des **preuß. Finanzministers** (u. des Min. des Innern) v. 25. November 1920 („Volksw." S. 426).

Nach Bildung des Stadtkreises Groß-Berlin sind nunmehr die von den Krankenkassen auf Grund des Gesetzes vom 26. September 1919, 30. April 1920 ausgelegten Beträge für Familien- und Wochenfürsorge für den gesamten Stadtbezirk Groß-Berlin auf die Polizeihauptkasse Berlin zur Zahlung anzuweisen.

Wochenhilfe der knappschaftlichen Krankenkassen für die freiwilligen Mitglieder.

Bescheid des **Reichsarbeitsministers** vom 13. Juli 1920 — II 5338/20.

Nach § 495 RVO. ist den knappschaftlichen Krankenkassen die Verpflichtung zur Gewährung mindestens der Regelleistungen der Ortskrankenkassen für alle Mitglieder, nicht nur die Pflichtmitglieder, auferlegt. Indessen hat auch für die knappschaftlichen Krankenkassen die Vorschrift des § 215 Abs. 2, 3 RVO. über die Zulässigkeit einer satzungsmäßigen Beschränkung der Kassenleistungen zu gelten. Solange aber eine entsprechende Bestimmung in der Satzung fehlt, ist den freiwilligen Kassenmitgliedern auch die volle Wochenhilfe zu leisten. Der Umstand, daß das Reich einen Teil der Leistungen für die Familienwochenhilfe zu erstatten hat (§ 205d des Gesetzes vom 26. September 1919/30. April 1920, RGBl. S. 1069), ändert nichts an dieser Sachlage.

Kranken- und Wochenhilfe für Einwohner der abgetretenen Gebiete.

Erlaß des **preuß. Ministers für Volkswohlfahrt** vom 2. August 1920.

1. Da man von den Einwohnern des abgetretenen Gebietes nicht sagen kann, sie hätten sich nach Eintritt des Versicherungsfalls freiwillig ins Ausland begeben (§ 216 Abs. 1 Nr. 2 RVO.), ist das Krankengeld, sofern der Versicherungsfall vor dem 10. Januar 1920 eingetreten ist, bis zum Ablauf der gesetzlichen oder satzungsmäßigen Frist weiterzuzahlen. Ob § 217 RVO. sinngemäß anwendbar ist, müßte der Entscheidung der Spruchbehörden vorbehalten werden.

Digitized by Google

2. Das gleiche gilt sinngemäß für die Zahlung der Wochenhilfe. Die Vorschrift des § 205a RVO. in der Fassung des Gesetzes vom 30. April 1920 (RGBl. S. 853), nach der die Gewährung der Familienwochenhilfe an die Ehefrauen und Töchter davon abhängig gemacht ist, daß sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, sofern nicht die Satzung mit Zustimmung des Oberversicherungsamts von dieser Bestimmung absieht, gilt nach § 17 Abs. 2 des bezeichneten Gesetzes nicht für Versicherungsfälle, die vor dem Tage der Verkündung des Gesetzes entstanden sind. Soweit die Krankenkasse zu leisten hat, müssen ihr die Leistungen durch das Reich zur Hälfte erstattet werden (§ 205d des Gesetzes vom 26. September 1919).

3. Mit dem Tage der Verkündung des Gesetzes vom 30. April 1920 — dem 7. Mai 1920 — fallen alle Leistungen der Wochenfürsorge an Wöchnerinnen des abgetretenen Gebiets fort, da § 9 dieses Gesetzes die Gewährung der Wochenfürsorge auf Wöchnerinnen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben, beschränkt und das Gesetz nach § 17 a. a. O. am Tage seiner Verkündung in Kraft getreten ist.

Befreiung der Ersatzkassenmitglieder von Zugehörigkeit zur knappschaftlichen Krankenkasse.

Bescheid des **Reichsarbeitsministers** v. 5. Juni 1920 (RArbBl. Nr. 1 S. 20).

Der § 6 Abs. 3 der Verordnung vom 30. April 1920 (Reichs-Gesetzbl. S. 769) beruht auf einem erst bei der Beratung im Ausschuß der Nationalversammlung gestellten Antrag. Infolge der Eile, mit welcher die Beratung vor sich gehen mußte, ist die Fassung nicht zweifelsfrei. Die Absicht des Antrags ging offenbar dahin, Personen, die schon längere Zeit ohne Versicherungspflicht bei einer knappschaftlichen Krankenkasse Mitglieder einer Ersatzkasse gewesen sind, jetzt aber durch die Heraufsetzung der Verdienstgrenze von 5000 auf 15 000 ℳ der Versicherungspflicht neu unterstellt werden, der Notwendigkeit einer Doppelversicherung oder aber des Aufgebens ihrer aus der bisherigen Versicherung erworbenen Rechte zu entheben. Es handelt sich mithin um eine Übergangsvorschrift. Eine Frist für die Stellung des Antrages ist nicht vorgesehen. Offenbar aber wird davon ausgegangen, daß der Antrag alsbald nach Erlaß der Verordnung oder doch so bald als möglich danach gestellt wird, so daß eine eigentliche Mitgliedschaft bei der knappschaftlichen Krankenkasse überhaupt nicht in Frage kommen soll. Nach dem Wortlaut wird indessen auch ein später gestellter Antrag kaum zurückgewiesen werden können. Dagegen wird man Personen, welche bei oder nach Inkrafttreten der Verordnung in die Versicherungspflicht bei einer knappschaftlichen Krankenkasse eintreten und erst später Mitglieder einer Ersatzkasse werden, zur Antragstellung nicht für berechtigt erachten können.

Die Vorschriften der RVO. über das Ruhen der Rechte und Pflichten von Ersatzkassenmitgliedern bei ihrer Krankenkasse kommen hier nicht in Anwendung, da gegebenenfalls eine Mitgliedschaft bei der knappschaftlichen Krankenkasse überhaupt nicht fortbesteht. Ebensowenig gelten § 518 RVO. und § 11 des Gesetzes vom 28. Juni 1919 (Reichs-Gesetzbl. S. 615). Der Arbeitgeber des betreffenden Ersatzkassenmitgliedes hat mithin weder an die Ersatzkasse noch an die knappschaftliche Krankenkasse Beitragsanteile abzuführen.

C. Zur Angestelltenversicherung.

Grundsätzliche Entscheidungen des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung.

(„Angestelltenversicherung" 1920 Nr. 11 S. 195 ff.)

Nr. 416. Beim Wegfall der Befreiung von der eigenen Beitragsleistung aus § 390 des Versicherungsgesetzes für Angestellte ist der Arbeitgeber zur Nachentrichtung der dem Arbeitnehmer zur Last fallenden Beitragshälfte verpflichtet, auch wenn ihm der Wegfall der Befreiung nicht bekannt geworden ist und keine Möglichkeit besteht, von dem Arbeitnehmer seine Beitragshälfte wieder einzuziehen.

Nr. 417. Ist ein Versicherter lediglich bei einer Versicherungseinrichtung versichert, deren Zulassung als Ersatzkasse beantragt, aber noch nicht bewilligt ist, so ist zur Entscheidung über den Antrag auf Hinterbliebenenrente der Rentenausschuß der Angestelltenversicherung nicht zuständig.

Nr. 418. Die für eine nicht feststehende, zurückliegende Zeit gezahlten einmaligen Kriegsteuerungszulagen sind für die Festsetzung der Gehaltsklasse (§ 16 des Versicherungsgesetzes für Angestellte) nicht zu berücksichtigen.

Nr. 419. Ist der Anspruch auf Witwenrente nicht erhoben (§ 67 des Versicherungsgesetzes für Angestellte), so ist er nicht vererblich.

Nr. 420. Ein Anspruch aus § 62 des Versicherungsgesetzes für Angestellte ist nicht gegeben, wenn die Versicherte zufolge Überschreitung der gesetzlichen Höchstgehaltsgrenze aus der Versicherungspflicht ausscheidet. Durch Weiterentrichtung freiwilliger Beiträge bis zu dem durch Heirat verursachten Ausscheiden aus der Beschäftigung kann der Antrag auf Beitragserstattung nicht begründet werden.

Nr. 421. 1. Im Verfahren nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte werden der obsiegenden Partei außergerichtliche Kosten nicht erstattet.

2. Bare Auslagen und Zeitverlust können vergütet werden, wenn die Voraussetzungen des § 261 des Versicherungsgesetzes für Angestellte vorliegen.

Nr. 422. Schnittmusterzeichnerinnen, die für einen Zeitungsverlag Schnittmusterzeichnungen nach Modezeichnungen oder Photographien anfertigen,

Digitized by Google

sind versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

Nr. 423. Beitragsfrei nach § 170 Abs. 3 des Versicherungsgesetzes für Angestellte ist auch derjenige, dessen Ruhegeld gemäß § 73 ff. a. a. O. ruht.

Nr. 424. Die Verordnung der Volksbeauftragten über die Gewährung von Straffreiheit und Strafmilderung vom 3. Dezember 1918 (RGBl. S. 1393) gilt auch für Ordnungsstrafen des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

Nr. 425. Der Grundsatz der Entscheidung vom 13. Mai 1919 — P. 35/19 — AVN. 1919 S. 80 Nr. 348 — gilt auch für die Berechnung des Ruhegeldes.

Nr. 426. Kriegsteilnehmer, die bis zu ihrer Einziehung zum Heeresdienst versicherungspflichtig waren, bleiben es gemäß § 1 der Bekanntmachung vom 28. August 1918 (RGBl. S. 1085), sofern sie nach ihrer Entlassung eine Stellung mit einem 5000 ℳ übersteigenden Jahresarbeitsverdienst übernehmen, falls der Jahresarbeitsverdienst 7000 ℳ nicht überschreitet.

Versicherungspflicht der Krankenkassenangestellten.

Erlaß des **preuß. Ministers für Volkswohlfahrt** vom 13. November 1920 (HMBl. S. 341).

Der Geschäftsführer der Allgemeinen Ortskrankenkasse in N. war am 1. Januar 1914 noch nicht auf Lebenszeit mit Anrecht auf Ruhegehalt angestellt. Die Anstellung unter diesen Bedingungen, und zwar mit Rückwirkung vom 1. Januar 1914 ab, wurde vielmehr erst im Laufe des Jahres 1919 von den Kassenorganen beschlossen, und der entsprechende Nachtrag zur Dienstordnung am 30. November 1919 bestimmungsgemäß vom Oberversicherungsamt genehmigt. Gewährleistet war die Anwartschaft auf Ruhegehalt danach frühestens vom letztgenannten Tage ab und nachdem die neuen Anstellungsbedingungen dem Angestellten bekanntgegeben waren. In der Entscheidung des Reichsversicherungsamts Nr. 1048 Amtl. Nachr. 1903 S. 375, auf deren Inhalt ich verweise, wird grundsätzlich festgestellt, daß eine Anwartschaft auf Ruhegehalt erst von dem Zeitpunkt ihrer Verleihung ab als gewährleistet angesehen werden kann. Diese Auffassung widerspricht dem Erlasse des Herrn Ministers für Handel und Gewerbe vom 21. Dezember 1912 (HMBl. 1913 S. 9) nicht. Denn dort ist lediglich gesagt, daß die Entscheidungen der Verwaltungsbehörden nach § 9 Abs. 3 des Angestellten-Versicherungsgesetzes deklaratorischer Natur sind. Die Entscheidungen der für die Verleihung der Ruhegehaltsanwartschaft zuständigen Stellen haben aber ihre besondere, von den in eine beliebige spätere Zeit fallenden Entscheidungen nach § 9 a. a. O. unabhängige Bedeutung.

Befreiung von eigener Beitragsleistung auf Grund des § 5 Ges. v. 31. 5. 20 (RGBl. S. 1144).

Bescheid des **Reichsarbeitsministers** v. 6. Juli 1920 (RArbBl. S. 189).

Vorbehaltlich der Entscheidung der zuständigen Spruchinstanzen wird folgende Auskunft erteilt: Die Möglichkeit der Befreiung von der eigenen Beitragsleistung auf Grund des § 5 des „Gesetzes über weitere Ausdehnung der Versicherungspflicht in der Angestelltenversicherung" vom 31. Mai 1920 (Reichs-Gesetzbl. S. 1144) besteht einerseits für solche Angestellten, die bisher überhaupt unversichert waren, also für diejenigen, deren Jahresarbeitsverdienst schon beim Eintritt in das Beschäftigungsverhältnis mehr als 5000 ℳ betragen hat. Anderseits erstreckt sich die Befreiungsmöglichkeit aber auch auf alle die Angestellten, die zwar früher einmal versichert gewesen sind, deren Jahresarbeitsverdienst aber zur Zeit des Inkrafttretens des Gesetzes vom 31. Mai 1920 die im § 1 des Versicherungsgesetzes für Angestellte in Verbindung mit der „Bekanntmachung des Bundesrats über Ausdehnung der Versicherungspflicht in der Angestelltenversicherung" vom 28. August 1918 (RGBl. S. 1085) vorgesehene Versicherungsgrenze von 7000 ℳ überschritten hatte, und die aus diesem Grunde nach dem Inkrafttreten der Bekanntmachung vom 28. August 1918 aus der Versicherungspflicht ausgeschieden waren und nunmehr nach vorübergehendem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht wieder neu versicherungspflichtig werden (zu vgl. § 2 Abs. 1 des Gesetzes v. 31. Mai 1920).

Dagegen dürften auf solche Angestellten, welche die Versicherung in der Zwischenzeit bisher freiwillig fortgesetzt hatten und nun wieder versicherungspflichtig werden, der Sinn und der Zweck des § 5 des Gesetzes vom 31. Mai 1920 nicht zutreffen. Diese waren auch nach § 4 der Bekanntmachung vom 28. August 1918 „versichert", und auf sie dürfte daher die Befreiungsmöglichkeit nicht auszudehnen sein.

Eine Verlängerung der im § 5 Abs. 1 des Gesetzes vom 31. Mai 1920 festgesetzten Ausschlußfrist für den Antrag auf Abschluß eines Versicherungsvertrages bei öffentlichen oder privaten Versicherungsunternehmungen kann nicht stattfinden.

Digitized by Google

D. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Unberechtigte fristlose Kündigung eines Vertrages zwischen Krankenkassen und Ärzten; Feststellungsklage der Kasse.

I. Urteil des **Landgerichts in Halle a. S.** vom 29. Oktober 1920.

Ein Ärzteverband hatte den mit einer Krankenkasse geschlossenen Vertrag mit der bekannten Begründung ohne Einhaltung der Kündigungsfrist zum 3. 5. 20 gekündigt. Die Kasse klagte mit dem Antrage, festzustellen, daß der Vertrag fortbesteht, daß die Mitglieder des Ärzteverbandes weiterhin verpflichtet sind, die Kassenmitglieder nach den Bedingungen des Vertrages zu behandeln und daß die fristlose Kündigung unbegründet ist.

Das Landgericht hat lediglich festgestellt, daß der Vertrag noch fortbesteht. — Gründe:

Durch den Vertrag vom 1. 10. 19, dessen Rechtsbeständigkeit zwischen den Parteien streitig ist, sind die Mitglieder des beklagten Ärzteverbandes zur ärztlichen Versorgung der Mitglieder der klagenden Krankenkasse, einschließlich deren Familienangehörigen, zugelassen und verpflichtet. Dieser Vertrag stellt sich mithin als ein solcher dar, durch den sich die Mitglieder des Beklagten zu Diensten höherer Art verpflichtet haben. Die Rechtsbeziehungen zwischen den Parteien regeln sich demgemäß auf Grund des § 611 ff. BGB. und die für die Entscheidung dieses Rechtsstreites grundlegende Frage, ob der bis zum 31. Dezember 1920 laufende Vertrag durch die am 29. April 1920 für den 9. Mai 1920 ausgesprochene Kündigung des Beklagten aufgelöst ist oder ob er noch fortbesteht, ist nach § 626 BGB. zu entscheiden. Hiernach kann ein Dienstverhältnis von jedem Teile ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist gekündigt werden, wenn ein wichtiger Grund vorliegt. Was als wichtiger Grund anzusehen ist, ist im Gesetze nicht ausdrücklich gesagt. Es ist vielmehr unter Berücksichtigung der sämtlichen für den Einzelfall in Betracht kommenden Umstände zu prüfen, ob Umstände vorliegen, mit Rücksicht auf die dem Kündigenden die Fortsetzung des Dienstverhältnisses nach verständigem Ermessen nicht zugemutet werden kann. Hierbei ist auch solchen Umständen Rechnung zu tragen, die von dem Vertragsgegner nicht zu vertreten sind. (Vgl. RG. 58 S. 256; Jur. Wochenschrift 1904 S. 421/41.) Auch die Art der von den Verpflichteten zu leistenden Dienste ist zu berücksichtigen, da es sich hier um Dienste höherer Art handelt (vgl. RG. 78 S. 19). Von Bedeutung ist ferner, ob die von dem Kündigenden zur Begründung der Kündigung angeführten Umstände bei dem Abschluß des Vertrages bereits vorausseh bar waren.

Unter Berücksichtigung all dieser Gesichtspunkte hat das Gericht die Frage, ob für den Beklagten ein wichtiger Grund für die Aufhebung des Vertrages vorlag, verneint. Was die von dem Beklagten angeführte Geldentwertung anbelangt, so kam in Betracht, daß diese zur Zeit des Vertragsschlusses bereits in erheblichem Maße vorlag und daß damals bereits mit deren Steigerung gerechnet werden mußte. Zu berücksichtigen war ferner, daß der Vertrag nur für die Dauer von 1¼ Jahren abgeschlossen war, daß es sich mithin nicht um einen langfristigen Vertrag handelte. Auf die Geldentwertung kann sich der Beklagte also nicht berufen. Ebensowenig kann er sich darauf stützen, daß durch die Bestimmungen unter B. I der auf Grund des § 1 Abs. II des Reichsgesetzes vom 17. April 1919 erlassenen Verordnung des Reichsarbeitsministers vom 30. April 1920 der Grundlohn im Sinne des § 180 RVO. heraufgesetzt ist. Dieser Grundlohn hat nämlich lediglich Bedeutung für die Höhe der seitens der Krankenkassen an ihre Mitglieder zu entrichtenden baren Leistungen und für die Höhe der von den Krankenkassenmitgliedern zu zahlenden Beiträge. Dafür, daß etwa im vorliegenden Falle ausnahmsweise das Honorar der Ärzte mit Rücksicht auf die geringe Leistungsfähigkeit der Klägerin besonders niedrig bemessen wäre, fehlt es an Anhaltspunkten.

Im übrigen sollte sich hier die Höhe des ärztlichen Honorars auch nach den Mindestsätzen der jeweilig geltenden Preußischen Gebührenordnung richten. Der Standpunkt der Klägerin, daß der Beklagte erforderlichenfalls eine Abänderung dieser Gebührenordnung hätte herbeiführen müssen, anstatt den Vertrag zu kündigen, erscheint also gerechtfertigt.

Wenn sich der Beklagte weiter darauf beruft, daß durch § 5 der oben erwähnten Verordnung vom 30. Mai 1920 unter Abänderung des § 165 RVO. und der Verordnung des Rates der Volksbeauftragten vom 22. Dezember 1918 für gewisse Personenkategorien die Versicherungspflicht ausgedehnt ist auf Personen mit einem Jahreseinkommen bis zu 15 000 ℳ, anstatt früher 2500 bzw. 5000 ℳ, so könnte hierin unter Umständen ein wichtiger Grund für Aufhebung eines von Ärzten mit einer Krankenkasse abgeschlossenen Vertrages erblickt werden, nämlich dann, wenn sich nachweisbar infolge dieser Gesetzesordnung die Zahl der für die betreffenden Ärzte als Privatpatienten in Betracht kommenden Personen erheblich verringert und dadurch das Einkommen dieser Ärzte, da die nunmehr einer Kasse beigetretenen Personen bei Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe nicht mehr die höheren Sätze der Gebührenordnung, sondern an ihrer Stelle die Kassen die niedrigen Sätze zahlten, erheblich sänke. Der Beklagte hat nun aber im vorliegenden Falle den ihm obliegenden Beweis, daß die Erhöhung der Versicherungspflicht die oben als möglich geschilderte

Digitized by Google

Wirkung gehabt hat, nicht erbracht. Es ist im Gegenteil durch die Beweisaufnahme erwiesen, daß trotz Erweiterung der Versicherungspflicht die Zahl der Mitglieder der klagenden Krankenkasse gesunken ist. Auch dieser Kündigungsgrund greift also nicht durch. Da die Klägerin, wie ohne weiteres einleuchtet, auch ein rechtliches Interesse daran hat, ihre Rechtsbeziehungen zum Beklagten durch Richterspruch geklärt zu sehen (§ 256 ZPO.), war nach dem Klageantrag zu erkennen. Es erübrigt sich jedoch, die Urteilsformel so umfangreich zu fassen, da sich bereits aus der vom Gericht gewählten Urteilsformel alles ergibt, was die Klägerin festgestellt haben will. Die Kostenentscheidung regelt § 91 ZPO. Die Anordnung der vorläufigen Vollstreckbarkeit stützt sich auf § 710 ZPO.

II. Urteil des **Landgerichts in Bielefeld** vom 13. Juli 1920.

. . . Die Feststellungsklage ist gemäß § 256 ZPO. gegeben. Es herrscht Streit, ob der zwischen den Parteien geschlossene Dienstvertrag vom 13. Januar 1914/19. April 1920 noch besteht, da der Beklagte behauptet, auf Grund des § 627 und des § 626 BGB. rechtswirksam gekündigt zu haben. Würde eine rechtswirksame Kündigung vorliegen, so wäre dadurch das Schuldverhältnis aufgehoben. Das rechtliche Interesse an dieser Feststellung ist dadurch gegeben, daß der Kläger ein Interesse an der Beseitigung der durch die Kündigung seitens des Beklagten hervorgerufenen Unsicherheit der Rechtslage in bezug auf das Verhältnis der Parteien zueinander hat.

Der Beklagte stützt die Berechtigung zur Kündigung des zwischen den Parteien geschlossenen Dienstvertrages zunächst darauf, daß er ohne besonderen Grund den Vertrag kündigen könne, da es sich um Dienste höherer Art handele, die auf Grund besonderen Vertrauens übertragen zu werden pflegten, und die Verpflichteten in keinem dauernden Dienstverhältnis mit festen Bezügen stünden. An sich wäre nach diesen Behauptungen das Kündigungsrecht gemäß § 627 BGB. gegeben. Doch trifft hier die Behauptung nicht zu, daß die Krankenkassenverbände auf Grund besonderen Vertrauens den Ärztevereinen die Dienste zu übertragen pflegen. Es kann niemals von einem solchen besonderen Vertrauensverhältnis bei der Auswahl der Ärzte durch den Krankenkassenverband die Rede sein, wie es zwischen den einzelnen Kranken und dem völlig frei von ihnen gewählten Ärzten besteht. Auch steht nach § 1 des Vertrages vom 13. 1. 1914 hier den Krankenkassenverbänden überhaupt keine Auswahl der Ärzte zu, sie müssen die Ärzte zulassen, welche die im § 1 näher bezeichneten Bedingungen erfüllt haben. Hier kann mithin von einem besonderen Vertrauensverhältnis ganz gewiß nicht die Rede sein. Ein Kündigungsrecht aus § 627 BGB. ist daher dem Beklagten nicht gegeben.

Weiter will der Beklagte aus einem wichtigen Grunde gemäß § 626 BGB. das Dienstverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist gekündigt haben. Als wichtiger Grund im Sinne des § 626 BGB. ist ein Umstand anzusehen, mit Rücksicht auf welchen dem einen oder anderen Teil die Fortsetzung des Dienstverhältnisses nicht zugemutet werden kann. Bei der Prüfung der Frage, ob ein solcher Umstand vorliegt, ist von den Verhältnissen des 19. April 1920 auszugehen. Der hierbei in Frage kommende Vertrag ist am 19. April 1920 unterschrieben. Nach § 154 BGB. ist im Zweifel der Vertrag erst mit der Unterschriftsleistung abgeschlossen. Dahingehende genaue Behauptungen, daß der Vertrag schon vor diesem Zeitpunkt als abgeschlossen gelten sollte und die Parteien sich darüber einig gewesen seien, hat der Beklagte nicht aufgestellt und auch keine Beweise dafür angetreten. Die von dem Beklagten angegebenen wichtigen Gründe in der Person des Klägers, daß sich die Leistungsfähigkeit der Krankenkassen erheblich geändert und der Kreis der Personen, auf die sich die Versicherungspflicht beziehe, eine erhebliche Vergrößerung erfahren habe, sind aber mit Rücksicht auf die Verhältnisse vom 19. April 1920 nicht durchgreifend. Denn tatsächlich hat sich die Leistungsfähigkeit der Krankenkassen seit dem 1. April nicht nach oben hin geändert. Sie ist geändert durch die Verordnung vom 1. April 1920, die am 19. April 1920 längst in Geltung war. Der Beklagte kann sich auch nicht darauf berufen, daß ihm diese Verordnung zur Zeit des Vertragsabschlusses nicht bekannt gewesen sei, da das Reichsgesetzblatt, in dem diese Verordnung veröffentlicht wurde, bereits am 7. April in Berlin ausgegeben ist. Ferner haben auch vorher die Zeitungen so viel darüber geschrieben, daß auch die nicht beteiligten Bevölkerungskreise hierüber unterrichtet waren. Auch in der Ausgabe der Gütersloher Zeitung vom 10. April ist hierüber berichtet worden. Außerdem gibt der Beklagte selbst zu, daß ein Vertreter des Klägers bei der Besprechung des Vertrages, der am 19. April abgeschlossen ist, hierauf ausdrücklich hingewiesen habe. Auch die Ausdehnung der Versicherungspflicht ist durch die Verordnung vom 1. April 1920 erfolgt; es gilt auch hier das vorher Gesagte. Vom 1. Mai 1920 ab ist der Kreis der Versicherungspflichtigen sogar wieder beschränkt. An Gründen in seiner Person führt der Beklagte an, daß die Ärzte Anspruch auf standesgemäßes Einkommen hätten. Daß der Vertrag vom 19. April diesen Ansprüchen nicht gerecht werde, darüber hat aber der Beklagte genaue Behauptungen nicht aufgestellt. An sonstigen, rein objektiven Verhältnissen hat der Beklagte vorgebracht, daß der Vertrag vom 19. April auf der Grundlage

Digitized by Google

des sogenannten Berliner Abkommens vom 9. Dezember 1919 abgeschlossen sei. Daß diese Grundlage sich inzwischen geändert habe, darüber hat der Beklagte ebenfalls keine Behauptungen aufgestellt. — Außerdem liegt auch ein wichtiger Grund um so weniger vor, als der Zusatzvertrag vom 19. April 1920 nur für die Zeit bis 31. Dezember 1920 abgeschlossen ist. Nimmt man also auch einmal mit dem Beklagten an, daß die Ärzte wirklich durch den Vertrag geknebelt und ausgenutzt würden, so würde dieser Zustand lediglich sieben Monate, nämlich bis Ende 1920, dauern. Nach dieser Zeit wären die Ärzte aber wieder vollkommen Herren ihrer Entschlüsse. Es kann also durchaus nicht die Rede davon sein, daß die Erfüllung des Vertrages den Ärzten nicht zugemutet werden könne . . .

Sprechsaal.

Zur Unfallversicherung im Memelgebiet.

Herr Bürgermeister a. D. Krempel, Mitglied des Oberversicherungsamts in Memel, schreibt uns: „Die im Jahrg. 1920 S. 626 Ziff. 9 der »Arbeiter-Versorgung« gemachten Angaben entsprechen nicht ganz den tatsächlichen Verhältnissen. Alle im Memelland beteiligten Berufsgenossenschaften sind ersucht worden und haben sich auch bereit erklärt, für Rechnung des Memelgebiets die Renten und auch die Zulagen gemäß der Verordnung vom 5. Mai 1920 weiterzuzahlen. Das Memelgebiet umfaßt die Kreise Memel-Stadt- und Landkreis, Heydekrug und Pogegen. Für das Memelgebiet ist ein eigenes Oberversicherungsamt mit dem Sitz in Memel gebildet worden. Die Geschäfte der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft gehen vom 1. Januar 1921 ab auf die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft des Memelgebiets in Memel über.

Inwiefern genügt Mitgliedschaft nach § 311 RVO als vorgängige Versicherung im Sinne des § 313?

Von der Allg. Ortskrankenkasse der Stadt Coblenz geht uns folgendes Schreiben zu:

„Nach einem in der Arbeiter-Versorgung 1920 S. 569 enthaltenen Beschluß des Oberversicherungsamts Zwickau ist in die Versicherungszeit, die nach § 313 RVO. zur Begründung des freiwilligen Versicherungsverhältnisses bedingt ist, nicht die verlängerte Mitgliedschaft nach § 311 a. a. O. zu zählen. Dieser Beschluß dürfte auf einer unrichtigen Anwendung eines geltenden Rechtsgrundsatzes beruhen. Das Reichsversicherungsamt hat in seiner grundsätzlichen Entsch. vom 25. 9. 1915, Amtl. Nachr. 1916 S. 355, dahin erkannt, daß »die Zeiten, in denen ein Versicherter nach § 311 RVO. trotz Erlöschens des Beschäftigungsverhältnisses Mitglied einer Kasse gewesen ist, in die Versicherungsdauer des § 214 Abs. 1 Satz 1 a. a. O. einzurechnen ist«. — Es ist nicht angängig, die Versicherungszeit des § 313 Abs. 1 Satz 1, die wörtlich mit der des § 214 Abs. 1 Satz 1 übereinstimmt, anders zu beurteilen, wie das Reichsversicherungsamt a. a. O. für Recht erkannt hat."

Diese Bemängelung der Entscheidung des Oberversicherungsamts Zwickau beruht auf einem Irrtum. Der § 214 RVO. lautet: „Scheiden Versicherte wegen Erwerbslosigkeit aus, die in den vorangegangenen 12 Monaten mindestens 26 Wochen oder unmittelbar vorher mindestens 6 Wochen versichert waren, so verbleibt ihnen der Anspruch...." Hier wird vorausgesetzt, daß die 26 oder die 6 Wochen der Vorversicherung in die Zeit vor dem Ausscheiden aus der Kassenmitgliedschaft fallen, und da diese im Falle des § 311 RVO. über die Dauer der versicherungspflichtigen Beschäftigung hinaus verlängert wird, so ist die erwähnte Entscheidung des RVA. allerdings begründet. Im § 313 RVO. wird aber, abweichend von § 214, vorausgesetzt, daß ein Mitglied „aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung" ausscheidet und vorher entsprechend wie nach § 311 versichert war. Deshalb dürfen hier Zeiten einer nach § 311 verlängerten Mitgliedschaft nur angerechnet werden, wenn sie vor dem Erlöschen des Beschäftigungsverhältnisses liegen. — Zu bemerken ist nur, daß hiernach die Überschrift der hier 1920 S. 569 abgedruckten Entsch. einer Einschränkung bedarf, die sich aber aus den Gründen klar ergibt.

Bedeutung der neuen Steuergesetze für die Versicherungsträger.

Die in Nr. 34 der „Arbeiter-Versorgung" von 1920 zu meiner obigen Abhandlung in Nr. 31 der Zeitschrift veröffentlichten Ausführungen sind an sich beachtenswert. Daß man aber an maßgebender Stelle wegen der Befreiung der Versicherungsträger von der Grunderwerbssteuer anderer Ansicht ist als der Verfasser jener Ausführungen über meine Abhandlung, geht aus einem vom Reichsfinanzministerium unterm 24. 11. 1920 — IIIa 5980 K. — erteilten Bescheid hervor. Der Bescheid hat folgenden Wortlaut:

„Dem Antrage, den Erwerb von Grundstücken durch Träger der reichsgesetzlichen Versicherung zum Zwecke der Errichtung oder Erweiterung von Krankenhäusern, Erholungs- und Genesungsheimen allgemein von der Grunderwerbssteuer freizustellen, vermag ich nicht zu entsprechen, da das Grunderwerbssteuergesetz eine entsprechende Befreiungsvorschrift nicht enthält, eine solche nach dem Willen der gesetzgebenden Körperschaften auch nicht beabsichtigt gewesen ist. Auch im Wege des Billigkeitserlasses gemäß § 108 der Reichsabgabenordnung einen Steuererlaß eintreten zu lassen, ist nicht angängig. Billigkeitsgründe, die den Erlaß der Abgabe rechtfertigen würden, könnten nur anerkannt werden, wenn nach den Umständen des Einzelfalles die Erhebung einer Abgabe unbillig wäre und den Steuerpflichtigen gegenüber als besondere Härte erscheinen müßte. Ein derartiger besonderer Billigkeitsgrund kann aber daraus, daß das erworbene Grundstück gemeinnützigen Zwecken dienen soll, noch nicht hergeleitet werden. Durch Gewährung des An-

Digitized by Google

trages auf Steuererlaß würde vielmehr eine im Gesetz nicht vorgesehene Befreiung für den Einzelfall geschaffen, die zu zahlreichen Berufungen Anlaß geben müßte."

In meiner Abhandlung wies ich bereits darauf hin, daß eine Äußerung des Reichsfinanzministers zu dieser Frage alsbald zu erwarten ist. Durch den Bescheid ist also insbesondere die von Herrn L. M. vertretene Ansicht, daß ein Grundstück, das zu einem Genesungsheim des Versicherungsträgers bestimmt ist, steuerfrei sein würde, widerlegt. In meiner früheren Abhandlung habe ich auch schon zum Ausdruck gebracht, daß die Steuerbefreiung nur in ganz beschränktem Umfang für die Versicherungsträger eintreten kann. Die von Herrn L. M. erwähnte Anwendung des § 108 der Reichsabgabenordnung ist nach dem Bescheid des Reichsministers der Finanzen nicht angängig. G. Heymann.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Der Beginn des Gesamtumbaues der Sozialversicherung.

Hierüber enthält das RArbBl. folgende Mitteilung des Reichsarbeitsministeriums:

Das deutsche Volk bedarf der sozialen Fürsorge in besonders hohem Maße. Weiteste Kreise unseres Volkes sind für den Erwerb ihres Unterhalts lediglich auf die eigenen oder des Ernährers körperliche und geistige Kräfte angewiesen und würden bei ihrem Versagen dem Nichts gegenüberstehen, wenn ihnen nicht die Volksgesamtheit oder Teile von ihr helfend zur Seite stünden. Diese Fürsorge ist bisher im Wege der Sozialversicherung durchgeführt worden, die sich als eine Auswirkung des aus deutschen Grundanschauungen erwachsenen Genossenschaftsgedankens darstellt. Zwangsweise gebildete Genossenschaften oder doch Anstalten mit genossenschaftlichem Gepräge, denen die Fürsorgebedürftigen oder die versicherten Betriebe angehören müssen, sind ihre Grundlage. Inneres Leben und Anpassungsfähigkeit an die äußeren Verhältnisse gewinnen die zwangsweise geschaffenen Gebilde durch das ihnen gegebene Recht der Selbstsatzung und Selbstverwaltung. Nicht zum mindesten durch diese Anpassung an seine seelischen Empfindungen hat das deutsche Volk die Sozialversicherung innerlich verstanden und freudig an ihrer Durchführung mitgewirkt.

Der Krieg und seine traurigen wirtschaftlichen Folgen haben die Zahl der Hilfsbedürftigen und ihre Not außerordentlich gesteigert. Die Fürsorge der Sozialversicherung hat mit dieser raschen Verschlechterung der wirtschaftlichen und sozialen Verhältnisse nicht Schritt halten können. Es ist daher der Ruf laut geworden, an ihre Stelle eine allgemeine Staatsbürgerversorgung zu setzen, ähnlich, wie sie das Gesetz über die Versorgung der Militärpersonen und ihrer Hinterbliebenen bei Dienstbeschädigungen (Reichsversorgungsgesetz) vom 12. Mai 1920 (RGBl. S. 989) vorsieht. Dies erscheint zur Zeit wenigstens schon deshalb ausgeschlossen, weil die Aufbringung der erforderlichen Mittel ohne die Beteiligung der Arbeitnehmer und Arbeitgeber nicht möglich ist und die Versicherung als Basis der Fürsorge wegen des ihr zugrunde liegenden Selbsthilfe- und Gemeinschaftsgedankens nicht entbehrt werden kann.

Ganz undurchführbar wäre die Umgestaltung der Krankenversicherung in eine allgemeine Krankenfürsorge. Die Belastung würde, bei dem Mangel eines Interesses des einzelnen an der Begrenzung der Unkosten, ungeheuer werden, auch würde eine Aussonderung des fürsorgebedürftigen Personenkreises den größten Schwierigkeiten begegnen.

Ebensowenig läßt sich die Unfallversicherung durch eine allgemeine Fürsorge ersetzen. Eine solche würde bei Betriebsunfällen nicht haltmachen können und müßte dazu führen, die Unfallfürsorge in der allgemeinen Fürsorge aufgehen zu lassen. Den Invaliden ist es schließlich nur wegen des unterschiedlichen Maßes der Fürsorge nicht gleichgültig, ob ein Unfall oder sonstige Krankheiten und Gebrechen die Ursache ihrer Erwerbsunfähigkeit und der dadurch begründeten Fürsorgebedürftigkeit sind. Mit der Beseitigung der Unfallversicherung würden auch die Haftpflichtprozesse unseligen Angedenkens wieder aufleben müssen.

Die Umgestaltung der Invalidenversicherung in eine allgemeine Reichsversorgung ist theoretisch denkbar. Sie muß aber scheitern an der Größe der hierzu erforderlichen Summen, welche durch allgemeine Steuern nicht aufgebracht werden können.

Versorgung und Versicherung schließen sich aber nicht grundsätzlich aus. Schon heute haben wir eine Verbindung von Versorgung und Versicherung, z. B. bei der Familienwochenhilfe, deren Kosten das Reich zur Hälfte trägt, sowie bei den Reichszuschüssen zu den Invaliden-, Alters-, Witwen- und Waisenrenten. Es wird aber zu prüfen sein, ob die Leistungen der Sozialversicherung in verstärktem Maße durch Hingabe von öffentlichen Mitteln gestützt werden können. Leider wird dies bei der schlechten Finanzlage des Reiches in nennenswertem Umfange zur Zeit wohl nicht möglich sein.

Richtig ist, daß die Durchführung der allgemeinen Fürsorge im Wege der Sozialversicherung sich besonders in letzter Zeit recht kostspielig gestaltet hat. Dieser Mangel wird aber durch Vereinfachung der Organisation der Sozialversicherung vermindert werden können.

Auch ist nicht zu verkennen, daß die Sozialversicherung, insbesondere die Invalidenversicherung, der Ergänzung durch eine den individuellen Verhältnissen anzupassende Fürsorge bedarf, ähnlich wie die soziale Fürsorge einen wesentlichen Bestandteil der Versorgung der Militärpersonen und ihrer Hinterbliebenen bei Dienstbeschädigungen bildet.

Wenn hiernach auch an der Versicherung, als dem erprobten Grundstein unserer Sozialversicherung, festzuhalten sein wird, so kann doch, wie sich auch schon aus dem Vorhergehenden ergibt, nicht geleugnet werden, daß eine Neuordnung unserer Sozialversicherung notwendig ist.

Die verschiedenen Zweige der Sozialversicherung sind nacheinander auf Grund besonderer Gesetze ins Leben getreten. Die die Kranken-, Unfall-, die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung betreffenden Vorschriften sind zwar in ein einheitliches Gesetz, die Reichsversicherungsordnung, aufgenommen, aber jeder Versicherungszweig ist für sich geregelt. Für die Angestelltenversicherung ist ein besonderes Gesetz geschaffen worden. Dabei hat

Digitized by Google

man es nicht vermieden, Unstimmigkeiten, die sich aus der selbständigen Entstehung der einzelnen Versicherungszweige ergeben, bei ihrer Regelung zu beseitigen. Die Beziehungen der Träger der vier Versicherungszweige zueinander sind undurchsichtig, ja zum Teil unverständlich und nicht folgerichtig geregelt. Auch wird darüber geklagt, daß es an dem gebotenen Zusammenwirken der Träger der vier Versicherungszweige, ja auch der Versicherungszweige derselben Art fehlt.

Im Zusammenhang hiermit steht der große Umfang unserer sozialen Versicherungsgesetze. Die Reichsversicherungsordnung und das Reichsgesetz für Angestellte weisen zusammen 2204 Paragraphen auf. Die Gesetze leiden dadurch von vornherein an Unübersichtlichkeit. Außerordentlich gesteigert ist dieser Mangel durch die große Zahl der während des Krieges und danach erlassenen Novellen, so daß jetzt die praktische Handhabung der Gesetze sehr erschwert, ja fast unmöglich gemacht ist.

Vor allem nötigt aber der rasche Wandel der Volkswirtschaft und der sozialen Anschauungen infolge des Krieges und der Staatsumwälzung zum Umbau der Sozialversicherung. Mit der allgemeinen Wirtschaft und dem sozialen Gewissen ist die Sozialversicherung auf das innigste verwachsen und muß sich ihnen anpassen, wenn sie lebensfähig bleiben soll. Die Sozialversicherung kann bei dem heutigen Tiefstand der finanziellen und wirtschaftlichen Lage Deutschlands in ihrem Wirken nur erhalten bleiben, wenn sie in möglichst produktivem wirtschaftlichen und insbesondere schadenverhütendem Sinne und vornehmlich auch so umgestaltet wird, daß sie trotz der Knappheit der Geldmittel nichts von ihren Segnungen verliert. Die Mitarbeit der Versicherten und ihrer Arbeitgeber sowie der Ärzte verlangt nach einer Erweiterung und Vertiefung, und man kann diesem gesunden Drängen, vor allem behufs Erreichung eines lebendigen Vertrauens, die Berechtigung nicht versagen.

Wenn hiernach unsere Sozialversicherung grundlegender Änderungen bedarf, so ist doch nicht zu verkennen, daß sie segensreich für unser Volk gewirkt hat und daß ihre Grundlagen sich bewährt haben. Wenn Bestehendes geändert wird, so darf es nur nach ernster Prüfung geschehen. Bei dem Umbau wird man von der Änderung, der Vereinheitlichung und Vereinfachung des materiellen Rechts ausgehen müssen und damit die Grundlage für einen organisatorischen Umbau gewinnen.

Um die Änderung des materiellen Rechts vorzubereiten, ist man im Arbeitsministerium — gewissermaßen als Auftakt zum Umbau überhaupt — bereits dazu übergegangen, zunächst die Grundzüge der deutschen Sozialversicherung herauszuschälen und demnächst im Druck erscheinen zu lassen. In dem Werke werden die übereinstimmenden und die abweichenden Vorschriften augenfällig gegenübergestellt und klar ersichtlich gemacht. Diese Bearbeitung wird für alle mit dem Umbau der Sozialversicherung befaßten Personen und Behörden ein erwünschtes Hilfsmittel sein. Sie soll lediglich die Arbeiten zu dem Umbau der Sozialversicherung einleiten, ohne selbst zur Bewährung der einzelnen Vorschriften ausdrücklich Stellung zu nehmen. Mittelbar wird sie aber schon durch die Gegenüberstellung die Beseitigung mancher Sondervorschriften nahelegen und durch ihren planmäßigen Aufbau auf manche Lücke unserer Gesetzgebung hinweisen. Die Zusammenstellung nimmt auch auf Besonderheiten des mit der Sozialversicherung nahe verwandten Reichsversorgungsrechts Rücksicht. Dagegen findet die knappschaftliche Versicherung wegen ihrer außerordentlichen Vielgestaltigkeit und im Hinblick auf ihre geplante Umgestaltung keine Aufnahme. Ebensowenig ist das Verfahren berührt. Seine Gestaltung hängt von dem neuen Aufbau der Versicherungsträger und der Versicherungsbehörden ab und kann daher erst in Angriff genommen werden, wenn dieser Aufbau wenigstens in seinen großen Zügen feststeht.

Die Zusammen- und Gegenüberstellung will also vor allem die technische Möglichkeit einer Vereinheitlichung und Vereinfachung der Sozialversicherung vor Augen führen. Sie wird vielfach auch den Weg zu einer organisatorischen Zusammenlegung ebnen.

Daß sich der große Umbau der deutschen Sozialversicherung nur in engster Fühlung und Mitarbeit mit den großen Verbänden der Versicherungsträger und allen sonst beteiligten Stellen vollziehen kann, ist selbstverständlich. Ihre Mitwirkung verbürgt den festen Untergrund der praktischen Erfahrung. — —

Im Anschluß hieran wird amtlich bekannt gemacht, daß im Reichsarbeitsministerium an einem Werke „Grundzüge der deutschen Sozialversicherung" gearbeitet wird. Darin soll der in den Gesetzen für jeden Versicherungszweig gesondert behandelte Rechtsstoff einheitlich zusammen- und gegenübergestellt und dadurch ein klares Bild über die übereinstimmenden und über die abweichenden Vorschriften gegeben werden. Das Werk wird die Möglichkeit einer schon äußerlichen Vereinheitlichung und Vereinfachung der Sozialversicherung erkennen lassen und damit zu Erwägungen nach dieser Richtung anregen. Das Werk wird voraussichtlich im Laufe des Monats April 1921 druckfertig vorliegen. Preis voraussichtlich etwa 40 ℳ. Bestellungen werden nur bis 28. Februar 1921 beim Reichsarbeitsministerium (Zentralbüro) in Berlin NW 40, Scharnhorststr. 35, angenommen.

Gültigkeitsdauer der Versicherungskarten in der Angestelltenversicherung.

Die Versicherungskarten der Angestelltenversicherung sollen grundsätzlich binnen fünf Jahren nach der Ausstellung erneuert werden. Da die Erneuerung indessen, anders als die der Quittungskarten der Arbeiterversicherung, keine wesentliche Bedeutung, insbesondere keinen Einfluß auf die Anwartschaft hat, gestattet die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte bis auf weiteres, die alten, noch nicht ausgenutzten Karten weiterzubenutzen.

Hauptverband Deutscher Ortskrankenkassen.

Der 24. Deutsche Ortskrankenkassentag, der am 29. und 30. November 1920 in Kassel stattfand, hatte eine Beteiligung aufzuweisen, wie kaum einer seiner Vorgänger. Die Anwesenheitsliste zeigte 787 Vertreter fast aller größeren Ortskrankenkassen. Sie vertraten 5½ Millionen gegen Krankheit versicherte Personen. Die starke Teilnahme entspricht der großen Bedeutung des Verbandes der Ortskrankenkassen und der Wichtigkeit der Tagesordnung. Neben den Kassenvertretern waren noch zahlreiche Vertreter von Behörden, namentlich von Versicherungsämtern, ferner zahlreiche Gäste, besonders Sozialpolitiker, erschienen, die an den Verhandlungen ein Interesse haben.

Digitized by Google

Der Vorsitzende der OKK. Kassel, Fabrikant Oppenheim, wies nach kurzer Begrüßung auf die große Bedeutung der Krankenversicherung hin, die in Zukunft noch wachsen werde. Sodann begrüßte namens des Hauptverbandes der OKK. sein Vorsitzender Fräßdorf-Dresden die Versammlung. Wir haben, so meinte er, noch manche Aufgabe zu erfüllen. Zu dem Zwecke müssen wir alles aufbieten, um die bevorstehende Novelle zur Reichsversicherungsordnung zu beeinflussen. Bemerkenswert war sodann die Begrüßungsansprache des Oberbürgermeisters Scheidemann. Die Tagung werde bedeutungsvolle Entscheidungen bringen. Der unglückliche Krieg und die Friedensbedingungen hätten bewirkt, daß wir ein armes und krankes Volk sind. So konnte die Hoffnung, daß die Krankenkassen einmal Gesundheitskassen werden, sich auch noch nicht verwirklichen. Es folgten weitere Begrüßungen durch Vertreter der Regierung, des Reichsversicherungsamts, der Landesversicherungsanstalt, des deutschen Vereins gegen den Mißbrauch geistiger Getränke usw.

Nach Eintritt in die Verhandlungen erstattete zunächst Geschäftsführer Lehmann-Dresden den Bericht auf das letzte Geschäftsjahr. Dem Verbande gehören jetzt rund 1400 der größten Ortskrankenkassen mit über 7¼ Millionen Mitglieder an. Im übrigen gab Lehmann Erläuterungen zu dem „Jahrbuch der Krankenversicherung", das auch die Einrichtungen des Verbandes und die wirtschaftlichen Verhältnisse der Verbandskassen schildert. Redner fordert die Erhöhung der Gehaltsgrenze für die Versicherungspflicht der Angestellten auf 20 000 ℳ, die Möglichkeit der freiwilligen Versicherung für Personen mit einem Einkommen bis 10 000 ℳ usw. Die Hebammenhilfe müsse auf 100 ℳ und das Stillgeld auf mindestens 1 ℳ täglich erhöht werden.

Über die Vereinbarungen mit der Ärzteorganisation sprach Verbandsvorsitzender Fräßdorf. Er führte die Unfruchtbarkeit der Verhandlungen mit den Ärzten auf die riesige Zunahme der Zahl der Ärzte zurück. Die zahlreichen Militärärzte haben sich meist der Privatpraxis zugewendet. Demnächst würden nach zuverlässigen Schätzungen weiter etwa 20 000 junge Ärzte auf dem Arbeitsmarkt erscheinen. Um sie zu beschäftigen, müsse unbedingt die freiärztliche Behandlung der Familienangehörigen der Kassenmitglieder eingeführt werden. Viele Ärzte haben bislang hygienischen Maßnahmen, wie der Tuberkulosebekämpfung usw. Widerstand entgegengesetzt. Redner schildert den letzten Ärztestreik, bei dem sogar die Ärzte dort streikten, wo alle Forderungen bewilligt waren. Zu der Angelegenheit wurde schließlich folgende Entschließung einstimmig angenommen:

1. Das Berliner Abkommen vom 23. Dezember 1913 und das Tarifabkommen vom 9. Dezember 1919 haben die Verhältnisse zwischen Ärzten und Krankenkassen nicht befriedigend geregelt. Der Schiedsspruch und die Vereinbarungen vom Juni 1920 berühren die Ursachen der bestehenden Gegensätze nicht, sondern haben diese nur noch vermehrt.

2. Solange die Krankenkassen gezwungen werden, mehr Ärzte zu beschäftigen und zu honorieren, als sie gebrauchen und honorieren können, kann niemals ein erträgliches Verhältnis zwischen beiden Teilen herbeigeführt werden.

3. Die durch Schiedsspruch vom Juni 1920 bestimmten Honorarsätze, die bei den örtlichen Vereinbarungen von Pauschalsätzen vielfach weit überschritten wurden, sind für viele Kassen auf die Dauer unerträglich. Trotzdem werden vielerorts bereits wieder höhere Sätze gefordert, die unbedingt abzulehnen sind.

4. Der erforderliche Widerstand gegenüber ungerechtfertigten Forderungen wird leider vielerorts nicht geleistet, obwohl dazu die Mittel vorhanden sind. Jede Bewilligung ungerechtfertigter Honorarforderungen wirkt schädigend auf die übrigen Kassen und bringt diese in schwere Bedrängnis.

5. Eine weitere Erhöhung der Beiträge und Grundlöhne, wie sie im Gesetz vorgesehen, verkehrt die Wohltat der Krankenversicherung in ihr Gegenteil und kann daher als Aushilfsmittel nicht mehr in Frage kommen.

6. Erneut sei erklärt: Wie auch die Arzthonorare gesteigert werden, gleichviel ob bei Bezahlung nach Einzelleistung oder nach Mitgliederzahl, der größte Teil der Ärzteschaft hat beim System der freien Arztwahl doch keinen Gewinn, denn die Kassenmitglieder nehmen erfahrungsgemäß im Krankheitsfalle nur wenige Ärzte in Anspruch. Die Not der Ärzteschaft wird weder durch die freie Arztwahl, noch durch übertriebene Steigerung der Honorare behoben. Nur einzelne Ärzte werden dadurch bereichert, und die Krankenkassen kommen in schwere Gefahr.

7. Der verwerfliche Zustand, daß die Krankenkassen ärztliche Hilfe in natura gewähren müssen, die Ärzte diese aber jederzeit — trotz bestehender Verträge — versagen können, wird nie ein erträgliches Abkommen zulassen. Solange dieser Zustand besteht, sind trotz des § 370 der Reichsversicherungsordnung für die Krankenkassen Verhandlungen deshalb erfolglos, weil die Kassenvertreter dazu mit gebundenen Händen erscheinen müssen. Sowenig den Ärzten der Kurierzwang auferlegt werden soll, kann den Kassen zugemutet werden, in allen Fällen ärztliche Hilfe bereitzustellen.

8. Einer zu schaffenden Arbeitsgemeinschaft zwischen Ärzten und Kassenverbänden stimmt der Ortskrankenkassentag gern zu. Auf eine gesetzgeberische Regelung der Kassenarztfrage, welche die berechtigten Interessen der Ärzte unberührt lassen soll, kann aber nicht verzichtet werden. Die Grundlage dazu sei die Gleichberechtigung! Soll der beste Teil unserer Sozialversicherung nicht dem sicheren Verfall in kurzer Zeit entgegengehen, so müssen die gesetzgeberischen Maßnahmen in kürzester Frist erfolgen. Dazu werden Regierung, Reichstag und Reichsrat angerufen.

9. An einer alsbaldigen und gründlichen Regelung dieser Frage sind nicht nur die Krankenkassen und ihre Verbände, sondern unmittelbar alle Versicherten und ihre Arbeitgeber interessiert. Der Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen erwartet daher, daß die Verbände der Arbeiter, der Angestellten und der Arbeitgeber der Herbeiführung notwendiger Gesetzesänderungen ihre volle Unterstützung zuteil werden lassen. Solange den Krankenkassen der erforderliche Schutz durch die Gesetzgebung nicht gewährleistet ist, werden die wirtschaftlichen Verbände der Versicherten ersucht, den Krankenkassen schützend und helfend zur Seite zu stehen.

Die gesetzliche Regelung der Arztfrage behandelt Lehmann-Dresden. Die Reichsversicherungsordnung lege den Krankenkassen die Verpflichtung auf, die ärztliche Hilfe in Natur („frei") zu gewähren, sorge aber nicht dafür, daß die Kassen das auch zu angemessenen Bedingungen können. Die Ärzte haben heute noch nicht die Behandlungspflicht. Die einschlägigen Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung müssen nach dieser Richtung ausgestaltet werden. — In der außer-

Digitized by Google

ordentlich lebhaften Aussprache, in welcher Vertreter der Stuttgarter Krankenkasse wünschten, daß den Ärzten weitestgehendes Entgegenkommen würde, wurde betont, daß die Krankenkassen bezüglich der Erhebung von Beiträgen an der Grenze ihrer Leistungsfähigkeit angekommen sind. Über 6 vH. dürfe nicht hinausgegangen werden. Eine Erhöhung der Beiträge auf 9 oder gar 10 vH. bedeute eine Vermögenskonfiskation, gegen die sich die Versicherten sowohl, wie die Arbeitgeber mit aller Entschiedenheit wenden müßten. — Schließlich wurde nachstehende Entschließung einstimmig angenommen:

Der 24. deutsche Ortskrankenkassentag fordert eine alsbaldige Neuordnung des Verhältnisses zu den Ärzten nach folgenden Gesichtspunkten:

1. Bei Gefährdung der ärztlichen Versorgung sollen die Kassen nach pflichtmäßigem Ermessen Barleistungen gewähren dürfen.

2. Die Behandlung der Kranken ist dadurch zu verbessern, daß die Untersuchungs- und Behandlungstätigkeit der Ärzte in Ambulatorien zentralisiert wird. Dabei sind den ländlichen Kassen besondere Erleichterungen einzuräumen, insbesondere das Fuhrwesen für Ärzte auf gemeindlicher Grundlage zu regeln.

3. Gesetzliche Höchstzahl der Ärzte, die zur Kassenpraxis zuzulassen sind.

4. Reichsgebührenordnung für Ärzte mit Höchstsätzen für die Behandlung von Versicherten.

5. Das Schiedsverfahren für Arztvertragsstreitigkeiten ist durch Gesetz neu zu ordnen.

Die Tarifgemeinschaft mit dem Zentralverband der Angestellten bespricht Kassenvorsitzender Gustav Scholich-Breslau. Er wünscht, daß der schon seit Jahrzehnten bestehende Tarifvertrag beibehalten bzw. erneuert wird. Notwendig wäre es freilich, daß dieser Vertrag auch allenthalben durchgeführt wird und sich nicht manche Kassen ausschlössen. — Der Vorsitzende des Zentralverbandes der Angestellten, Giebel (Berlin), bedauerte, daß durch das Vorgehen verschiedener Versicherungsämter eine sperrgesetzliche Schranke bezüglich der Gehaltssätze aufgerichtet sei. Die Angestellten könnten die Sätze der Reichsbesoldungsordnung nicht als ausreichend anerkennen. Ein Antrag, daß die weiteren Tarifverhandlungen den beiderseitigen Kommissionen überlassen und vor Abschluß des Vertrages der Beirat gehört werden soll, wurde angenommen. Weiter gelangte der Antrag des Vorstandes zur Annahme, daß die Teuerungszulage ab 1. Dezember 1920 gezahlt werden sollte. — Der vorgelegte Entwurf der neu abzuschließenden Tarifgemeinschaft sieht manche Veränderungen vor. So wird die Bestimmung, daß für die Besetzung offener Stellen der Arbeitsnachweis des Zentralverbandes der Angestellten in Anspruch zu nehmen ist, gestrichen. Die bisherigen Angestelltengruppen 3a und 3b werden vereinigt. Die bisherigen Mindestanfangsgehälter werden bedeutend erhöht; in der niedrigsten Ortsklasse und Gruppe von 2760 *M* auf 7200 *M*, in der höchsten von 4920 *M* auf 11 820 *M*. Hierzu treten verschiedene Zuschläge. Die Teuerungszuschüsse sind ruhegehaltsberechtigt. Zur besseren Durchführung der Tarifgemeinschaft wird ein Reichstarifausschuß mit bezirklichen Tarifausschüssen gebildet.

Der zweite Verhandlungstag brachte zunächst wieder einige Begrüßungen, Erklärungen und geschäftliche Mitteilungen. Es folgte die Beratung der „Änderung der Gesetzgebung". Zunächst gibt Rechtsanwalt Dr. Baum-Berlin einen Vortrag über die „Novelle zur Reichsversicherungsordnung". Es sei bereits zum zweiten Male, daß sich der Ortskrankenkassentag mit der Frage beschäftige. Eine Änderung der Reichsversicherungsordnung sei unbedingt nötig 1. zur besseren Pflege der Bevölkerungspolitik, 2. zur Vereinfachung der Sozialversicherung und Sicherung ihrer Leistungsfähigkeit, 3. zur Beseitigung von Bestimmungen, die mit den politischen Empfindungen der Neuzeit nicht mehr im Einklang stehen. Für „Mißtrauensvorschriften" sei kein Raum mehr. Der Verband habe einen Ausschuß eingesetzt, der nähere Abänderungsvorschläge ausgearbeitet habe. Hinsichtlich der Organisation werde gefordert: die Einheitskasse, Zwangsverbände der Krankenkassen und Verbände mit den Wohlfahrtsämtern zur Verstaatlichung der ärztlichen Hilfe. Die Regierung stehe auf dem Standpunkt, daß jetzt eine einschneidende Reform der Sozialversicherung nicht durchgeführt werden könne. Sie hat drei Gesetzentwürfe ausgearbeitet. Die ersten beiden wollen eine Neuorganisation der Versicherung (Zwangsverbände der Krankenkassen und Pflichtverbände aller Versicherungsträger für bestimmte Bezirke). Der dritte will eine Abänderung der Reichsversicherungsordnung. Letztgedachter Entwurf bringt viele Einzelheiten, die aber sämtlich wenig einschneidender Natur sind. Viele spruchreife Fragen werden noch nicht geregelt. Im übrigen bewegen sich die Neuerungen in den Bahnen, die der Verband vorgezeichnet habe. Redner gibt einen Überblick der vorgesehenen Neuerungen. Sie betreffen die Krankenversicherung der Dienstboten und der Hausgewerbetreibenden, die Aufhebung einiger Versicherungsfreiheiten, die Ersatzkassen, die Fortzahlung der Beiträge bei unterlassener Abmeldung durch die Arbeitgeber, Herabsetzung des Wahlalters auf das 20. Lebensjahr, Schutz vor Beitragsverlusten der Krankenkassen, Ausdehnung der Leistungen der Mutterschaftsfürsorge, Aufhebung der Landesversicherungsämter usw. Gegenüber diesen Unzulänglichkeiten müssen wir zurückkommen auf unsere Leipziger Forderungen: Beseitigung aller Befreiungen, Beseitigung der Ersatzkassen, Einführung der Familienhilfe als Pflichtleistung, Einheitskrankenkasse usw. Der Hauptverband der Ortskrankenkassen sei der Träger einer Realitätspolitik. Er verlange nur, was möglich ist, einzuführen. — Ohne Aussprache wird hierauf nachstehende Entschließung einstimmig angenommen:

Der 24. deutsche Ortskrankenkassentag in Kassel sieht in dem von der Reichsregierung ausgearbeiteten Gesetzentwurf über Änderung der Reichsversicherungsordnung die Verwirklichung einer Reihe vom Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen geforderter dringlicher Reformen. Er verlangt jedoch in Abänderung des Entwurfs:

Regelung der Versicherung der Hausgewerbetreibenden nicht durch Gemeindesatzung, sondern durch Kassensatzung. Streichung der Vorschrift, nach der das Versicherungsamt den Arbeitgeber, der die rechtzeitige Abmeldung unterlassen hat, von der Fortzahlung der Beiträge auch gegen den Willen des Kassenvorstandes entbinden kann. Ausschluß der Gewährung des Rechtes auf den Arbeitgeberanteil der Beiträge für Ersatzkassen, die dieses Privileg jetzt noch nicht haben.

Der Ortskrankenkassentag verlangt in Ergänzung des Entwurfs die Berücksichtigung der weiteren vom Vorstand des Hauptverbandes hierzu eingereichten dringlichen Forderungen. Er fordert insbesondere:

Wählbarkeit der Frauen als Beisitzer bei den

Digitized by Google

Versicherungsbehörden; Herabsetzung der Altersgrenze für das aktive und passive Wahlrecht auf das 20. Lebensjahr; Beseitigung aller unnötigen Beschränkungen der Selbstverwaltung der Kassen im Vergleich zu anderen Versicherungsträgern (§§ 24, 390, 531 RVO.); Beseitigung der Landesversicherungsämter; Abstufung der Pauschbeträge zu den Kosten der Oberversicherungsämter nach dem Wert des Streitgegenstandes; Berechnung der Beiträge und des Krankengeldes für den Kalendertag, nicht mehr für den Arbeitstag; Ruhen der Krankenhilfe während eines von der Angestelltenversicherung gewährten Heilverfahrens, solange das Gehalt fortbezogen wird; Einführung einer Bestimmung, wonach mit der Abführung der Beiträge säumiger Arbeitgeber die Beschäftigung von Versicherungspflichtigen untersagt werden kann; Verleihung des Kontrollrechtes für die Kassen zur Überwachung der Meldepflicht der Arbeitgeber; Regelung der Meldepflicht im Wandergewerbe entsprechend den Bestimmungen über die Meldepflicht der sonstigen Versicherten.

Neben diesen dringlichen, sofort zu verwirklichenden Forderungen wird das Verlangen nach einer grundsätzlichen Reform der Krankenversicherung im Sinne der Beschlüsse des 23. Ortskrankenkassentages aufrechterhalten. Gefordert wird insbesondere:

Versicherungspflicht der Selbständigen; Versicherung aller Seeleute; Beseitigung der Ersatzkassen; Wegfall aller Befreiungen, auch der Beamten; Ausgestaltung der Wochenhilfe und Durchführung der Familienkrankenhilfe als Pflichtleistung; Stärkung der Leistungsfähigkeit der Kassen durch Befreiung von allen Leistungen, die nicht zu ihren eigentlichen Aufgaben gehören (Abbürdung des Unfallheilverfahrens und des vorbeugenden Heilverfahrens, Einschränkung der Ersatzansprüche der Armenverbände); Zentralisation der Krankenversicherung, Einheitskassen für jeden Verwaltungsbezirk. Beseitigung aller Betriebs-, Innungs-, Land- und besonderen Ortskrankenkassen. —

Der Versammlung liegt weiter eine umfangreiche Druckvorlage darüber vor, wie in der Reichsversicherungsordnung das Verhältnis zu den Ärzten geändert werden soll.

Geschäftsführer Lehmann-Dresden hält nunmehr einen Vortrag über „Arbeitslosenversicherung und Pflichtverbände der Krankenkassen". Die Erwerbslosenfürsorge sei eine grundlegende Einrichtung für unser soziales Leben. Ohne sie wäre die Krankenversicherung durch die Inanspruchnahme seitens der Arbeitslosen zusammengebrochen. Der bisher veröffentlichte Entwurf eines Arbeitslosenversicherungsgesetzes sei nur ein „Referentenentwurf". Das Ergebnis seiner Besprechung war, daß er in seinen Absichten nicht verwirklicht wird. Immerhin sei es zweckmäßig, zu der Angelegenheit Stellung zu nehmen. Der Verband stehe auf dem Standpunkt der Zentralisation der sozialen Versicherung. Es könne auch kein Zweifel darüber bestehen, daß die Mittel der Arbeitslosenfürsorge durch eine „Versicherung" aufgebracht werden müssen. Dabei müßten die Einrichtungen benutzt werden, die schon vorhanden sind. Am zweckmäßigsten wäre eine Angliederung an die Krankenversicherung. Allerdings biete die Zersplitterung der Krankenversicherung einige Hindernisse. Deshalb sollen die Krankenkassen zu Pflichtverbänden zusammengelegt werden. Ohne sie ist die Durchführung der Arbeitslosenversicherung durch die Organe der Krankenversicherung nicht denkbar. Aber auch der Kassenverband werde nicht in der Lage sein, das Risiko allein zu tragen. Man müsse daher eine gemeinsame Rücklagekasse für das ganze Reich gründen. Die Verbindung der Krankenkassen mit den Arbeitsnachweisen, wie sie in dem letzten Gesetzentwurf vorgesehen ist, müsse eine innige werden in der Art, daß die Leistungen dem Grunde nach von den Krankenkassen festgestellt werden, von ihnen auch die Auszahlung zu bewirken sei, während die Arbeitsnachweise die Rolle des begutachtenden Arztes erhalten. Reich, Land und Gemeinde müßten weiterhin Zuschüsse leisten. Die Leistungen der heutigen Erwerbslosenfürsorge müßten verbessert werden. Das neue Gesetz müsse die Arbeitslosenfürsorge veredeln. Die neuen Absichten gehen dahin, die Erwerbslosenfürsorge in der seitherigen Form weiter bestehen zu lassen, durch die Krankenkassen aber Zuschüsse (Beiträge) der Arbeitgeber und Arbeitnehmer einziehen zu lassen. Das werde einen Sturm der Entrüstung unter den Arbeitern hervorrufen. Wenn der letzte Entwurf zurückgezogen werde, besteht die Befürchtung, daß die Pflichtverbände der Krankenkasse nicht zur Einführung kommen. Man müsse die Regierung auffordern, diese Pflichtverbände doch zu schaffen. Solange wir keine Einheitskasse haben, sind die Verbände eine Notwendigkeit. Die heutigen freiwilligen Verbände seien ganz ungenügend. Ein Ausbau der Sozialversicherung lasse sich nur durch Zusammenfassung aller Krankenkassen verwirklichen. — Obgleich anscheinend viele Versammlungsteilnehmer nicht mit allen diesen Ansichten einverstanden waren, wurde vom Vorsitzenden mit der Bemerkung, es habe sich niemand zum Wort gemeldet, nachstehende Entschließung angenommen:

Der 24. deutsche Ortskrankenkassentag erblickt in der ausreichenden Fürsorge für Erwerbslose eine der Grundlagen der Sozial- und Wirtschaftspolitik. Angesichts der Zerrüttung des deutschen Wirtschaftslebens hängt Sicherung und Ausbau der Krankenversicherung im wesentlichen von dem Stande der Erwerbslosenfürsorge ab.

Die Fürsorge für Erwerbslose muß umfassen: Barleistungen, sofern geeignete und ausreichend entlohnte Arbeit nicht nachgewiesen werden kann. Sachleistungen und Fürsorge auch für die Familien der Erwerbslosen, Arbeitsvermittlung und Berufsberatung durch Arbeitsnachweise, die als öffentlich-rechtliche Selbstverwaltungskörper auszugestalten sind. Verhütung der Arbeitslosigkeit durch zweckmäßige Organisation des Wirtschaftslebens und Staatshilfe für Arbeitsbeschaffung.

Die Erwerbslosenfürsorge ist als ein Teil der allgemeinen Wohlfahrtspflege zu organisieren, die nur in engster Gemeinschaftsarbeit der Gemeinden mit den Trägern der Sozialversicherung gedeihen kann. Der 24. deutsche Ortskrankenkassentag fordert daher eine Ergänzung der Arbeitslosenunterstützung aus öffentlichen Mitteln durch eine Arbeitslosenversicherung, wobei die bewährten Grundlagen und Organisationen der Krankenversicherung als Unterbau zu benutzen sind. Die Ortskrankenkassen verwerfen jede Neubildung von Versicherungsträgern, wünschen jedoch die Zusammenfassung der Krankenversicherungsträger zu Pflichtverbänden mit einem über das ganze Reich sich erstreckenden Rückversicherungsverbande.

Wo die Kassenverbände nicht gleichzeitig die angeschlossenen Krankenkassen verwalten, hätten diese das Melde-, Beitrags- und Auszahlungsgeschäft einschließlich der Zahlungen für Rechnung des

Digitized by Google

Reichs auszuführen. Dabei liegt ihnen ob, den Versicherungsanspruch und die Höhe des Leistungsanspruchs zu ermitteln, während die Arbeitsnachweise den Leistungsgrund feststellen.

Die Überwachung der Arbeitslosen ist zu einer Fürsorge für diese und ihre Familien auszugestalten. Sie kann nicht auf eine Kontrolle durch die Arbeitsnachweise beschränkt bleiben, sondern ist durch eine Überwachung der Kassenverbände vermittels der Organe der Krankenüberwachung auszugestalten.

Gleichzeitig wurde hierzu noch folgende Entschließung einstimmig angenommen, welche die Pflichtverbände der Krankenkassen betrifft:

Der Ortskrankenkassentag bedauert die weitgehende Zersplitterung der Organisation der Krankenversicherung und fordert erneut die schleunige Zusammenlegung der Versicherungsträger zu Einheitskassen. Bis zur Erfüllung dieser Forderung ist die organisatorische Zusammenfassung der Kassen zu Kassenverbänden unabweisbar. Der Ortskrankenkassentag begrüßt daher die Absicht der Reichsregierung, durch eine Novelle zur Reichsversicherungsordnung die alsbaldige Errichtung von Pflichtverbänden der Krankenkassen vorzuschreiben. Den Pflichtverbänden muß die Durchführung gemeinsamer Aufgaben obliegen, insbesondere der Abschluß aller Verträge mit Ärzten, Zahnärzten, Zahntechnikern, Krankenhäusern, Apotheken und anderen Lieferanten, die Vereinbarung von Ausführungsbestimmungen mit Versicherungsanstalten, Berufsgenossenschaften, Wohlfahrtsämtern, Versorgungsämtern und den Organisationen der sozialen Fürsorge, die Krankenüberwachung und Betriebskontrolle sowie die Wochenfürsorge und später die Arbeitslosenversicherung.

Ferner soll zulässig sein die Errichtung und Führung von Genesungsheimen, Badeanstalten, Zahnkliniken, Ambulatorien, Selbstabgabe von Heilmitteln sowie Kranken- und Arztetransportorganisationen, Krankenstatistik, die Einrichtung einer Verwaltungsgemeinschaft und Durchführung eines Lastenausgleichs.

In seinem Referat über Arbeitsgemeinschaft von Trägern der Reichsversicherung wünschte Berichterstatter Direktor Albert Kohn (Berlin) den Zusammenschluß der Träger der sozialen Versicherung, also der Krankenkassen und der Berufsgenossenschaften mit der Landesversicherungsanstalt des betreffenden Bezirks zu einer Arbeitsgemeinschaft. Nach Erledigung von Änderungen der Satzungen und Wahlen, bei denen die bisherigen Vorstandsmitglieder wiedergewählt wurden, wurde der Kongreß mit einem Schlußwort von Fräßdorf geschlossen. — Die nächstjährige Tagung soll in Hannover stattfinden.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern der Zeitschrift an dieser Stelle der Regel nach unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder eine zivilrechtliche Haftung wird nicht übernommen. Ist Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere Begründung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft gewünscht oder erscheint die Sache zur Veröffentlichung nicht geeignet, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor.

Aussonderung eines Betriebes aus der für mehrere Betriebe bestehenden Betriebskrankenkasse; keine Auseinandersetzung.

1. **Nach Weißenburg (Bayern).** Frage: Eine Betriebskrankenkasse, die nach § 245 RVO. gemeinsam für mehrere Betriebe eines Arbeitgebers errichtet ist, will einen dieser Betriebe aus ihrer Kasse ausscheiden und uns überweisen. Hat in diesem Falle eine Auseinandersetzung nach § 298 RVO. zu erfolgen? Nach unserer Ansicht kommt Ziff. 5 aaO. nicht in Betracht, da die dort geforderte Voraussetzung des Überganges des auszuscheidenden Betriebes in anderen Besitz nicht gegeben ist. Ziff. 6 bezieht sich anscheinend nur auf Betriebskrankenkassen, die nach § 255 Abs. 2 RVO. gemeinsam für die Betriebe mehrerer Arbeitgeber zugelassen sind, und betrifft nur den Fall, daß einer der beteiligten Arbeitgeber mit seinen sämtlichen Betrieben aus der Kasse ausscheidet. Das ist jedenfalls die wörtliche Bedeutung. Wir glauben aber nicht, daß es die Absicht des Gesetzgebers gewesen sein kann, den von uns bezeichneten Fall von der Auseinandersetzung auszuschließen. Denn hier handelt es sich um den ganz gleichen Vorgang. Und das Interesse der aufnehmenden Kasse ist ganz dasselbe wie in dem Fall des § 298 Ziff. 6. Jedenfalls darf die aufnehmende Kasse nicht der Willkür der betreffenden Betriebskrankenkasse ausgeliefert werden, wie es in unserm Fall geschehen würde. Denn die Ausscheidung des Betriebes — eines Straßenbaues — erfolgt ausgerechnet in einem Zeitpunkt, in dem Arbeitslosigkeit und Unbill der Witterung eine außerordentliche Inanspruchnahme der Kasse erwarten lassen.

Antwort: Wie Sie selbst richtig annehmen, läßt sich ein Fall der vorliegenden Art unter keine der im § 298 RVO. aufgestellten Voraussetzungen für eine Auseinandersetzung unterordnen. Die entsprechende Anwendung des § 298 auf andere Fälle ist aber ausgeschlossen (zu vgl. Entsch. des RVA. in ArbVers. 1914 S. 835, und weitere Nachweise bei Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 1a zu § 298). Wie die Erweiterung einer Betriebskasse durch Einbeziehung eines demselben Arbeitgeber gehörenden Betriebes, so kann auch die Aussonderung einzelner Betriebe aus der Kasse im Wege einfacher Satzungsänderung erfolgen (zu vgl. Hoffmann in ArbVers. 1915 S. 730, 731). Die Unzuträglichkeiten und Unbilligkeiten, die sich aus dieser Rechtslage unverkennbar ergeben können, können nicht dazu führen, dem Mangel des Gesetzes im Wege einer auf Ergänzung des Gesetzes hinauslaufenden Auslegung abzuhelfen.

Der 5- und der 10-Pfennig-Zuschlag nach dem Berl. Abk. sind trotz Vertragsbruchs der Ärzte zu zahlen.

2. **Nach Landstuhl.** Antwort: Die Krankenkassen, die dem Berliner Abkommen beigetreten sind, sind lediglich auf Grund dieser Tatsache verpflichtet, zur Abfindung der sogenannten „Nothelfer" einen laufenden Beitrag zu leisten, der nach Ziff. 11

Digitized by Google

des Abkommens in einem „Zuschlag von jährlich 5 Pfennig auf den Kopf der Versicherten" besteht, also ganz unabhängig von dem Verhalten der jeweiligen Kassenärzte ist. Es läßt sich daher in keiner Weise rechtfertigen, daß die Kasse diesen Beitrag verhältnismäßig kürzen will, weil die Ärzte vom 25. 5. bis 7. 8. 20 gestreikt haben. Entsprechendes gilt für den Zuschlag von 10 Pfennig, den zu demselben Zwecke die Ärzte nach den Ausführungsbestimmungen zu Nr. 11 des Abkommens aufzubringen haben.

Begriff der Arbeitsunfähigkeit bei freiwillig Weiterversicherten.

3. **Nach Günzburg.** Frage: Ihre Auskunft im Jahrg. 1920 S. 700 Nr. 13 steht im Widerspruch zu der Auskunft im Jahrg. 1918 S. 239 Nr. 9, nach welcher eine frühere Fabrikarbeiterin, die aus der Beschäftigung ausgetreten ist, lediglich um ihren und ihres Ehemannes Haushalt zu führen, kein Krankengeld erhält, wenn sie so erkrankt ist, daß sie ihren Haushalt weiterführen kann. Wir bitten um Äußerung, welche Auskunft aufrechterhalten wird.

Antwort: Ein unlöslicher Widerspruch liegt kaum vor, da die Auskunft 1920 S. 700 besagt, daß die Arbeitsunfähigkeit der Hausfrau nicht schon dadurch beseitigt erscheint, daß sie fähig ist, „Hausarbeiten, namentlich leichterer Art, zu verrichten", während in dem Falle der Auskunft 1918 S. 239 die Weiterversicherte ihren und ihres Ehemannes Haushalt vollständig führte. Darin ist der Übergang zu einem neuen Berufe zu finden, so daß Arbeitsunfähigkeit nur dann anzunehmen war, wenn die Versicherte infolge von Krankheit diese ihre Berufstätigkeit nicht ausüben konnte. Daran halten wir fest.

a) **Familienhilfe für eine vom Ehemann getrennt lebende Frau.** b) **Neuwahlen zu den Organen der Krankenkassen.**

4. **Nach Duisburg.** Antwort: a) Da die Ehe noch nicht geschieden ist und Ihre Satzung die Gewährung der Krankenhauspflege für Ehefrauen der Versicherten nicht vom Zusammenleben der Eheleute abhängig macht, ist der Anspruch auf diese Leistung der Familienhilfe (§ 205 RVO.) und folglich auch der Ersatzanspruch des Armenverbandes (§§ 1531 ff.) begründet.

b) Obwohl die Amtsdauer der Vorstandsmitglieder bis Ende 1921 verlängert ist, sind frühere Neuwahlen nicht ausgeschlossen (vgl. MinErl. hier 1920 Heft 35 S. 688); aber es ist erwünscht, daß die Wahlzeit möglichst bei allen Kassen zu gleicher Zeit beginnt und endet (zu vgl. Bescheid des Reichsarbeitsamts in ArbVers. 1919 S. 153; Kleeis das. 1920 Heft 24 S. 462), vor allem, daß sie jedenfalls mit Ablauf eines Kalenderjahres endet. Unter diesem Gesichtspunkte wird es sich rechtfertigen lassen, wenn Neuwahlen erst im Laufe des Januar vollzogen werden, die Wahlzeit dennoch vom 1. Januar zu rechnen, so daß die 4 Jahre mit dem 31. Dezember ablaufen. Das ist wohl der Sinn Ihrer Frage; denn daß die im Januar 1921 Neugewählten ihr Amt schon am 1. Januar 1921 „antreten", ist selbstverständlich ausgeschlossen.

Grenzen des Ersatzanspruchs des Armenverbandes (§ 1533 mit § 1503 RVO.). — Wochenhilfe für Frauen entlassener Kriegsteilnehmer.

5. **Nach Dortmund.** Antwort: a) Die Erwähnung des § 205a RVO. im § 205c beruht in der Tat auf einem Versehen und ist ohne praktische Bedeutung. Denn § 205a betrifft die Familienwochenhilfe, und auf diese wie auf Leistungen der Wochenhilfe überhaupt, ist § 1542 nicht mehr anwendbar, nachdem § 14 des Ges. v. 26. 9. 19 durch § 8 des Ges. v. 30. 4. 20 beseitigt ist.

b) Ihr Bedenken gegen den letzten Satz unserer Auskunft nach Hagen im Jahrg. 1920 S. 698 Ziff. 5 ist als begründet anzuerkennen. Die Auskunft ist dahin zu berichtigen, daß die Worte „bis zum vollen Betrage der Rente" (bzw. des Krankengeldes, § 1533 Ziff. 3) nur bedeuten, daß über diesen Betrag hinaus ein Ersatzanspruch nicht begründet ist. „Bis" zu diesem Betrage aber kann der Armenverband seinen Ersatzanspruch gemäß § 1533 mit § 1503 RVO. berechnen und geltend machen, auch wenn sein tatsächlicher Aufwand geringer ist als die im § 1503 bezeichneten Pauschbeträge von ¾ und ½ des Grundlohnes. Zu vgl. unsere Anm. im Jahrg. 1915 S. 278 und die im gleichen Sinne ergangene Entscheidung des RVA. 2095 das. S. 736.

c) Es ist nicht richtig, daß die §§ 8, 9 des Wochenhilfeges. sich nur auf Personen beziehen, die „infolge von Verwundung usw. noch nicht endgültig aus dem Militärverhältnis ausgeschieden sind". Nach Abs. 2 Satz 2 des § 8 gilt für die Zeit nach der Entlassung § 1 Vrdg. v. 21. 12. 18 (ArbVers. 1919 S. 28), das heißt, daß auch in diesen Fällen ein Anspruch auf unverkürzte Auszahlung des Wochen- und Stillgeldes besteht, sofern die Entbindung binnen sechs Wochen nach der Entlassung erfolgt ist, und zwar auch, wenn der frühere Kriegsteilnehmer eine Erwerbstätigkeit wieder aufgenommen hat. So wenigstens ist die Vorschrift in dem Bescheide des Reichsarbeitsamtes v. 7. 2. 19 (ArbVers. S. 129) und in den Erläuterungen des Reichsarbeitsministeriums zum Wochenhilfegesetz (ArbVers. 1920 S. 30ff., 33) ausgelegt worden. Ist freilich die Entbindung nach Ablauf der Frist von 6 Wochen erfolgt, so besteht kein Anspruch, wenn nicht die Voraussetzungen des § 205a RVO. oder des § 17 Wochenhilfeges. für Familienwochenhilfe oder für Wochenfürsorge gegeben sind.

Kassenzugehörigkeit von Dienstboten, die außer ihrem Arbeitgeber auch dem Abmieter eines Zimmers Dienste leisten.

6. **Nach X.** Antwort: Werden Dienstboten auch in dem Betrieb oder „anderem Erwerbsgeschäft" des Dienstberechtigten beschäftigt, so ist diese Beschäftigung für ihre Versicherung maßgebend (§ 439 RVO.), sofern sie nicht für sich allein nach § 168 RVO. versicherungsfrei ist. Jenes „andere Erwerbsgeschäft" braucht durchaus nicht, wie Sie anscheinend annehmen, ein Gewerbebetrieb, d. h. eine berufsmäßige, auf Erwerb gerichtete Tätigkeit zu sein. Auch wer gegen Entgelt Teile seiner Wohnung, möbliert oder unmöbliert, anderen zur Benutzung überläßt, die Reinhaltung dieser Räume besorgt, vielleicht auch seinen Abmietern noch Frühstück oder andere Mahlzeiten oder gar volle Kost gewährt, übt eine Erwerbstätigkeit aus. Dabei macht es keinen Unterschied, ob er dies aus freier Entschließung oder unter dem Zwange irgendwelcher Verhältnisse tut, z. B. weil er genötigt ist, auf diese Weise seinen eigenen, infolge der Teuerung gestiegenen Aufwand an Wohnungsmiete zu mindern, oder weil er im Hinblick auf die Wohnungsnot behördlich angehalten wird, einen Teil seiner Wohnräume anderen zur Benutzung zu überlassen. Beschäftigt er hierbei seine für den eigenen Haushalt

Digitized by Google

angenommenen Dienstboten, so sind die Voraussetzungen des § 439 RVO. erfüllt, sofern nicht der Ausnahmefall vorliegt, daß die Dienste der Dienstboten für die Abmieter für sich allein versicherungsfrei sein würden auf Grund des § 168 RVO. Dieser Ausnahmefall wird aber meistens vorliegen. Denn berücksichtigt man von der gesamten Dienstbotentätigkeit nur die den Abmietern gewidmeten Dienste „für sich allein", so wird sich der Regel nach herausstellen, daß der hierauf entfallende Teil des Entgelts geringfügig im Sinne der Ziff. I 3 der Bek. v. 17. 11. 13 (ArbVers. S. 848) ist (zu vgl. hierüber Hahn, Handb. Anm. 4 f. zu § 168 RVO.; auch Entsch. d. RVA. 2010 Amtl. Nachr. 1915 S. 457, ArbVers. 1915 S. 373 oben). Gewöhnlich also wird der im Haushalt und nur nebenbei auch für den Abmieter beschäftigte Dienstbote in die Landkrankenkasse, nicht in die Ortskrankenkasse gehören. Ähnlich wird sich die Sache meist bei denjenigen Dienstboten verhalten, die von Ärzten, Anwälten oder Gewerbetreibenden aller Art für ihren Haushalt angenommen sind und nur nebenher mit verhältnismäßig geringem Zeitaufwand auch mit dem Reinigen der Betriebsräume beschäftigt werden.

Der Mitgliederkreis einer besonderen Krankenkasse für eine Stadt wird durch Eingemeindung eines Bezirks nicht erweitert.

7. **Nach U.** Antwort: Es liegt keiner der Fälle vor, in denen nach § 298 RVO. eine Auseinandersetzung zwischen den beteiligten Kassen stattzufinden hätte, insbesondere nicht der Fall der Ziff. 1 a. a. O. Dort wird vorausgesetzt, daß sich Kassenbezirke durch andere Abgrenzung der Verwaltungsbezirke ändern. Nun liegt zwar eine andere Abgrenzung von Verwaltungsbezirken vor, wenn die Gemeinde N. in den Stadtbezirk U. aufgeht; aber dieser Vorgang hat keine Änderung der Kassenbezirke zur Folge, da sowohl die Gemeinde N. wie die Stadt U. zum Bezirk der allgemeinen Ortskrankenkasse des Kreises gehören und beide nach wie vor von dieser Kasse umfaßt werden. Es ist ein Irrtum, wenn gemeint wird, daß infolge der Eingemeindung von N. in die Stadt U. die für diese Stadt bestehende besondere Ortskrankenkasse für Ziegelarbeiter (und andere Gewerbe) nunmehr auch die Ziegelarbeiter in N. umfassen müsse und daß daher insoweit eine Änderung der Kassenbezirke eintrete. Die Eingemeindung für sich allein läßt grundsätzlich den Mitgliederbestand der Kassen ganz unberührt, solange nicht eine Ausscheidung von Mitgliedergruppen aus der einen und ihre Vereinigung mit der anderen Kasse durch Beschluß des Oberversicherungsamts erfolgt ist, wozu vor allem ein Antrag einer beteiligten Kasse erforderlich ist (§§ 280 bis 284 RVO.). Ein solcher Antrag würde aber im vorliegenden Fall als unzulässig abzuweisen sein. Denn es ergibt sich aus dem Begriff der Zulassung einer besonderen Ortskrankenkasse (Art. 17 Einf. Ges. zur RVO.), daß nicht nur eine Ausdehnung ihres Mitgliederkreises auf Gruppen, welche die Kasse bis zum Inkrafttreten der RVO. nicht umfaßte, sondern auch jede Erweiterung des räumlichen Bezirks der Kasse unzulässig ist. Zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 3 zu § 243 RVO.

§ 611 RVO. gilt auch gegenüber der ersatzberechtigten Krankenkasse.

8. **Nach Bünde.** Frage: Bei einem arbeitsunfähigen Mitgliede wird im Verlauf der Krankheit festgestellt, daß es sich um die Folgen eines vor Jahren erlittenen landwirtschaftlichen Unfalls, für den die Entschädigungspflicht der Unfallversicherung durch Rentenbescheid festgestellt ist, handelt. Die Berufsgenossenschaft will uns für unsere Aufwendungen gemäß §§ 1501 f., 584 RVO. jedoch nur für die Zeit nach Anmeldung des Anspruchs (§ 611 RVO.) Ersatz gewähren. Wir halten aber nach § 1501, 2 RVO. die Berufsgenossenschaft für die ganze Dauer der gewährten Krankenhilfe für ersatzpflichtig. Dabei ist unseres Erachtens § 584 RVO. in Anwendung und somit bei Berechnung der Ersatzleistung die Vollrente in Ansatz zu bringen. Die Bestimmung in § 611 RVO. dürfte bei Ersatzansprüchen der Krankenversicherung gegen die Unfallversicherung auszuschalten sein.

Antwort: Für Ihre Annahme, daß § 611 RVO. bei Ersatzansprüchen von Krankenkassen aus der Unfallversicherung nicht in Anwendung komme, können wir einen Grund nicht erkennen. Die gegenteilige Ansicht ist durch Entscheidungen des Reichsversicherungsamt bestätigt (ArbVers. 1918 S. 211).

Einfluß einer tariflichen Lohnerhöhung auf die Bemessung der Kassenbeiträge.

9. **Nach Marburg.** Antwort: Eine mit Rückwirkung auf einen früheren Zeitpunkt bewilligte Lohnerhöhung bleibt hinsichtlich der Bemessung der Beiträge (wie der Leistungen) für die Vergangenheit außer Betracht (zu vgl. Hahn in ArbVers. 1907 S. 655). Erst mit der Vereinbarung (Mitteilung des Arbeitgebers an den Arbeitnehmer) wird der Regel nach die Lohnerhöhung versicherungsrechtlich wirksam. Erfolgt sie durch einen für allgemein verbindlich erklärten Tarifvertrag (§§ 2 ff. Vrdg. v. 23. 12. 18), so wird der Tag der Veröffentlichung im Reichsanzeiger (§ 5 Abs. 3) als der Zeitpunkt anzusehen sein, an dem die Lohnänderung wirksam geworden ist. Mit der nächsten hierauf folgenden Beitragszahlung ändert sich die für die Bemessung der Beträge maßgebende Lohnstufe (§ 318 Abs. 3 RVO.).

Schwebende Versicherungsfälle beim Ruhen der Rechte von Ersatzkassenmitgliedern (§§ 517, 519, 520 RVO.).

10. **Nach Hagen.** Antwort: Ihre Auffassung ist richtig. Das Ruhen der Rechte nach § 519 RVO. bedeutet nicht nur, daß ein Anspruch des Ersatzkassenmitgliedes nicht mehr entstehen kann, sondern daß auch ein bereits erworbener Anspruch auf laufende Leistungen in dem Zeitpunkt wegfällt, in welchem das Ruhen wirksam wird. Dies haben wir bereits im Jahrg. 1916 S. 431 Ziff. 1 eingehend begründet, und das Reichsversicherungsamt hat später im gleichen Sinne entschieden (2285, ArbVers. 1917 S. 12).

Zur Berechnung der Leistungsdauer der Krankenkassen.

11. **Nach Lübbecke.** Antwort: Der Versicherte hat vom 7. 5. 20 bis 20. 10. 20 Krankengeld bezogen, dann bis 25. 10. 20 gearbeitet und ist seit dem 26. 10. 20 wieder arbeitsunfähig. In der Zwischenzeit vom 21. bis 25. 10. 20 hat er zwar noch ärztlicher Behandlung bedurft, aber sie sich selbst beschafft, weil er irrigerweise angenommen hatte, daß

Digitized by Google

die Leistungsfrist für die Krankenkasse abgelaufen sei. Wenn er nunmehr die Leistungen der Kasse vom 26. 10. 20 ab für volle 26 Wochen in Anspruch nimmt, so ist das nicht begründet, weil ein einheitlicher, ununterbrochener Versicherungsfall vorliegt, wegen dessen die Leistungspflicht der Kasse am 7. 5. 20 begonnen hat. Ebenso unrichtig ist es aber aus demselben Grunde, wenn die Kasse meint, daß sie dem Versicherten jetzt Leistungen für 13 Wochen vom 26. 10. 20 ab zu gewähren habe. Vielmehr bleibt es bei der Leistungspflicht der Kasse für 26 Wochen, vom 7. 5. 20 ab gerechnet, jedoch so, daß auf diese 26 Wochen die Zeit der Krankenpflege vom 21. bis 25. 10. 20 und etwaige weitere Zeiten, in denen nur Krankenpflege gewährt wird, bis zu 13 Wochen nicht angerechnet werden (§ 183 Abs. 1 Satz 2 RVO.).

a) **Begriff der Arznei im Sinne des § 182 RVO.** b) **Ersatzpflicht der Gemeinde für Schaden durch Böllerschießen.** c) **Erwerbslosigkeit im Sinne des § 214 RVO.**

12. **Nach Friedberg (Oberbayern).** Antwort: a) Fortlaufende Leistungen eines in sich gleichartigen Mittels sind als ein einheitliches Heilmittel anzusehen, dessen Kosten die Kasse in jedem einzelnen Versicherungsfalle nur bis zu dem gemäß § 193 Abs. 1 RVO. in der Satzung festgesetzten Höchstbetrage zu bezahlen braucht. Ihre Auffassung ist daher richtig, vorausgesetzt, daß das in Frage stehende Mittel nicht zu den „Arzneien" im Sinne des § 182 Ziff. 1 gehört. Wie aber dieser Begriff zu verstehen sei, ist sehr bestritten. Wir verweisen besonders auf ArbVers. 1916 S. 797 ff., wo die Ansicht ausführlich begründet ist, daß im Sinne der RVO. als Arzneien nur solche Arznei- oder Heilmittel anzusehen seien, die nur in Apotheken verkauft oder feilgehalten werden dürfen (zu vgl. dagegen: ArbVers. 1917 S. 151). Nach dieser Ansicht, die wohl als die beherrschende bezeichnet werden kann (zu vgl. die Nachweise in 1916 S. 799) würde das in Frage stehende Mittel, da es im freien Verkehr erhältlich ist, nicht als Arznei im Sinne der RVO. anzusehen sein und daher der Beschränkung auf den Höchstkassenbetrag von 40 ℳ für jeden besonderen Versicherungsfall unterliegen.

b) Die Gemeinde, die das Böllerschießen veranstaltet hat, ist für die Körperverletzung des mit den Böllern operierenden Mannes nur dann verantwortlich, wenn ein berufener Vertreter der Gemeinde durch eine in Ausführung der ihm zustehenden Verrichtungen begangene zum Schadenersatz verpflichtende Handlung den Schaden zugefügt hat (§§ 89, 31 BGB.), also wenn ein solcher Vertreter (vorsätzlich oder) fahrlässig, d. h. durch Verletzung der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt, die Körperverletzung verursacht hat (§§ 823 ff. BGB.). Das wäre z. B. der Fall, wenn der Gemeindevorsteher oder sein Vertreter die nach den Umständen gebotenen Vorsichtsregeln nicht getroffen oder einen ungeeigneten Mann zur Bedienung der Böller bestellt hätten. Alsdann würde der dem Versicherten gegen die Gemeinde zustehende Schadenersatzanspruch gemäß § 1542 RVO. in den dort bestimmten Grenzen auf die Kasse übergegangen sein. Der Anspruch würde sich übrigens mindern oder auch ganz wegfallen, je nachdem der Schaden vorwiegend auch auf ein Verschulden des Verletzten zurückzuführen wäre (§ 254 BGB.).

c) Der Anwendung des § 214 RVO. steht es nicht entgegen, daß das ausgeschiedene Mitglied in ein auf Vorbereitung für eine Anstellung abzielendes Arbeitsverhältnis eingetreten ist, in dem er einen Entgelt nicht bezieht. Denn dadurch wird die Erwerbslosigkeit nicht aufgehoben.

Trägt die Krankenkasse die Kosten der Operation einer Beinverkrümmung?

13. **Nach K. G.** Antwort: X- oder O-Beine und ähnliche Mißbildungen, gleichviel, ob sie angeboren oder die abgeschlossene Folge einer Krankheit sind, sind an sich nicht als Krankheit im versicherungsrechtlichen Sinne anzusehen, und die Kasse ist daher nicht ohne weiteres zur Gewährung von Kassenleistungen, insbesondere zur Tragung der Kosten einer Operation verpflichtet, wenn diese nur auf „Korrektur" der Verkrümmung abzielt (preuß. OVG. in ArbVers. 1893 S. 536). Wenn aber die Operation notwendig ist, um Schmerzen zu lindern oder zu beseitigen oder die Gefahr einer Verschlimmerung des Zustandes zu beheben, so muß die Kasse die Kosten tragen (preuß. OVG. in ArbVers. 1906 S. 286).

Trägt die Kasse die Kosten der Operation von Brüchen und Kropfanlagen?

14. **Nach Parsberg.** Antwort: Es handelt sich nicht um Einweisung ins Krankenhaus im Sinne des § 184 RVO., wozu es einer Entschließung der Kasse bedurft hätte, sondern es handelt sich um Vornahme einer Operation im Krankenhause, die der Kassenarzt wie jede andere Art ärztlicher Behandlung ohne Befragung und Ermächtigung der Kasse für deren Rechnung ausführen durfte, auch wenn sie nicht unverschieblich war — vorausgesetzt jedoch, daß nach den Umständen des Falles für die Kasse überhaupt die Verpflichtung zur Tragung der Operationskosten bestand. Dies ist aber bei Bruchanlagen oder Kröpfen und ähnlichen Mißbildungen keineswegs immer der Fall, sondern nur dann, wenn die Operation zur Beseitigung oder Milderung von Schmerzen oder anderen Krankheitserscheinungen oder wegen Gefahr einer Verschlimmerung des Zustandes erforderlich ist (zu vgl. über Versagung des Anspruchs: Entsch. des preuß. OVG. in Arb.-Vers. 1893 S. 536 und des württ. ObVerwGerHofs daselbst 1909 S. 771; über Anerkennung des Anspruchs: Entsch. des preuß. OVG. 1906 S. 286). Die Kosten solcher Operationen, die nur den Versicherten „wünschenswert", also nicht im angegebenen Sinne notwendig erscheinen, braucht die Kasse nicht zu tragen.

Wegen Raummangels mußten weitere 18 zum schleunigen Abdruck bestimmte Auskünfte zurückgestellt werden. Schriftleitung.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

Heft 1305 der ganzen Folge.

38. Jahrgang | 21. Januar 1921 | Heft 3

Zu dem neuen Reichsgesetz über eine außerordentliche Beihilfe für Empfänger von Renten aus der Invalidenversicherung.

Von Landesrat Dr. Brunn in Berlin.

Das Reichsgesetz vom 26. Dezember 1920 hat einen neuen Flicken auf die schon arg geflickte Invalidenversicherung aufgesetzt. Daß diese dadurch gewonnen hätte, kann man wahrlich nicht behaupten. Das Gesetz verdankt der Initiative des Reichstags seine Entstehung; man wollte der unleugbar vorhandenen Not der Rentenempfänger durch Erhöhung ihrer Bezüge aus der Invalidenversicherung steuern und wählte dazu wiederum den Weg der Zulagen trotz der traurigen Erfahrungen, die man für die Finanzen der Versicherungsträger bisher damit gemacht hat. Bei der Verabschiedung der vorigen Novelle vom 20. Mai 1920 bestand bereits die Absicht, in eine Revision der Beitragsleistung einzutreten und die Zulagen in die Renten organisch einzufügen. Leider hat die Regierung mit der zugesagten Reform so lange gezögert, daß nunmehr wiederum der Reichstag die Führung in die Hand genommen hat, nicht gerade zum Nutzen der Invalidenversicherung. Wenigstens sind die Notschreie aus den Kreisen der Versicherungsträger über ihre schlechte finanzielle Lage nicht völlig ungehört verhallt, wenn auch die gefundene Lösung zu schweren Bedenken Anlaß geben muß.

Trotzdem das Gesetz nur neun Paragraphen enthält, entstehen doch über seine Auslegung eine Reihe von Zweifeln, die im folgenden erörtert werden sollen.

Nach § 1 Abs. 1, § 2 sollen alle Empfänger einer Invaliden-, Alters-, Witwen- und Witwerrente, sofern sie nach dem Gesetz vom 20. Mai 1920 zu ihrer Rente eine Zulage erhalten, vom 1. Januar 1921 ab eine Beihilfe von 40 ℳ und die Waisenrentenempfänger unter der gleichen Voraussetzung, eine solche von 20 ℳ monatlich bekommen. Die Beihilfe steht also den Rentenempfängern nicht zu, die keine Zulage beziehen. Aber der Kreis der Berechtigten wird durch § 1 Abs. 2 noch weiter eingeschränkt. Danach haben keinen Anspruch auf die Beihilfe Personen, die auf Grund des Reichsversorgungsgesetzes vom 20. Mai 1920 oder anderer Militärversorgungsgesetze eine Versorgung erhalten. Nach dem Gesetz vom 20. Mai 1920 gibt es drei Arten von Rentenberechtigten: a) solche, die die Zulage beziehen, b) solche, denen die Zulage deswegen nicht zusteht, weil sie auf Grund des Reichsversorgungsgesetzes entweder eine Rente für Minderung ihrer Erwerbsfähigkeit um mehr als ⅔ oder aber eine Hinterbliebenenrente erhalten, c) solche, die die alte Zulage noch bis zum Ende des Jahres 1920 erhalten. Diese letztere Gruppe ist jetzt fortgefallen. Die in § 1 Abs. 2 vorgesehene Einschränkung hat zur Folge, daß diejenigen Invalidenrentner, denen die Zulage noch gewährt werden mußte, weil ihre Militärrente nicht für eine über ⅔ hinausgehende Erwerbsminderung bewilligt war,

Digitized by Google

bei der neuen Beihilfe leer ausgehen, da diese durch jede Militärversorgung ausgeschlossen wird. Da das Gesetz hier von Versorgung auf Grund des Reichsversorgungsgesetzes oder anderer Militärversorgungsgesetze spricht, ist auch die Versorgung auf Grund ausländischer Gesetze zu berücksichtigen, z. B. wenn in Deutschland ansässige österreichische Staatsangehörige von Österreich eine Militärversorgung erhalten. Ferner kommt nicht bloß eine Versorgung durch Geldrente in Betracht, sondern die Verweigerung der Beihilfe ist auch dann berechtigt, wenn noch keine Militärrente festgesetzt ist, aber Versorgung auf andere Weise, z. B. durch Krankenfürsorge erfolgt. Es gibt also jetzt wieder drei Arten von Rentenempfängern: 1. solche, denen Zulagen und Beihilfe zusteht, weil sie überhaupt keine Militärversorgung haben; 2. solche, die eine Militärversorgung für weniger als ⅔ Erwerbsminderung beziehen, daher die Zulage nach dem Gesetze vom 20. Mai 1920 bekommen, aber wegen dieser Militärversorgung auf die Beihilfe keinen Anspruch haben; 3. solche, die eine Militärversorgung für eine über ⅔ hinausgehende Erwerbseinbuße haben, daher weder die Zulage noch die Beihilfe erhalten.

Die Frage, ob die Beihilfe nur an den Rentenempfänger selbst oder auch an die Armenverbände, Gemeinden usw. gezahlt wird, ist dahin zu beantworten, daß die Zahlung nur an den Berechtigten selbst erfolgen kann. Das ergibt sich aus dem Wortlaut des § 1 Abs. 1, daß Rentenempfänger, denen auf Grund des Gesetzes vom 20. Mai 1920 Zulage gewährt wird, eine Beihilfe erhalten. In § 1 Abs. 1 Nr. 3 a. a. O. ist ausdrücklich bestimmt, daß die Zulage nicht an Gemeinden, Armenverbände usw. gezahlt wird. Damit ist klargestellt, daß auch die Beihilfe nur dem einzelnen Rentenberechtigten selbst zusteht. Nach § 3 ist die Beihilfe auch dann im vollen Betrage zu zahlen, wenn der Empfänger die Rente nur zu einem Bruchteil erhält, wenn sie z. B. zum Teil dem Armenverband überwiesen ist. Wenn die Rente nur für einen Teil des Monats gezahlt wird, hat der Empfänger für diesen Monat keinen Anspruch auf die Zulage (Entsch. 2488, Amtl. Nachr. 1918 S. 458), infolgedessen auch nicht auf die Beihilfe.

Bei Waisenrenten wird die Beihilfe nicht für den Waisenstamm im ganzen gezahlt werden müssen, sondern, wie das der Praxis bei den Zulagen entspricht, für jede einzelne Waisenrente.

Beim Tode des Berechtigten haben die nach §§ 1301ff. RVO. berechtigten Personen außer auf den Rentenrückstand auch auf die Beihilfe Anspruch, vorausgesetzt natürlich, daß diese an den Verstorbenen zu zahlen gewesen wäre.

Nach § 3 wird die Beihilfe nur drei Monate rückwärts, jedoch nicht für Zeiten, die vor dem 1. Januar 1921 liegen, gewährt. Maßgebend für die Berechnung dieser Dreimonatsfrist ist nicht der Tag des Eingangs des Rentenantrags, sondern der Tag der Auszahlung der Rente.

Eine Vorschrift darüber, wer im Zweifelsfall zu bestimmen hat, ob die Beihilfe zu zahlen ist oder nicht, fehlt im Gesetz. Es heißt nur in § 4: „Die Beihilfe wird durch die Post gezahlt. Die oberste Postbehörde bestimmt das Nähere." Das Bestimmungsrecht der obersten Postbehörde bezieht sich offenbar nur auf die Art der Auszahlung, also darauf, ob eine besondere Anweisung erforderlich ist, wie quittiert werden soll und auf ähnliche Fragen. Damit sollte aber dieser Stelle keine Entscheidungsbefugnis verliehen werden. Eine solche wäre mit der Aufgabe der Post, die doch nur Hilfsdienste bei der Rentenauszahlung leistet, unvereinbar. Im allgemeinen zahlt die Post ohne weitere Anweisung die Beihilfe in allen den Fällen, in denen sie die Zulage nach dem Gesetz vom 20. Mai 1920 zahlt, sofern nicht der Rentenempfänger eine Militärversorgung bezieht. Entstehen Zweifel, ob die Beihilfe überhaupt zu zahlen ist, so muß die Entscheidung bei dem Versicherungsträger liegen. Gegen dessen Entscheidung ist nach dem Vorbild der Zulagen nur die Beschwerde im Dienstaufsichtswege, nicht der Instanzenzug des Rentenverfahrens gegeben.

Digitized by Google

Die §§ 5ff. beschäftigen sich mit der Aufbringung der Mittel für die neue Beihilfe, die auf die Kleinigkeit von 800 Millionen ℳ jährlich veranschlagt werden. § 5 schreibt vor, daß zur Deckung der Aufwendungen für die Beihilfe die Beiträge, wie sie im Gesetz vom 20. Mai 1920 festgesetzt sind, zum doppelten Geldwert berechnet werden. Nach § 9 tritt diese Vorschrift mit Wirkung vom 20. Dezember in Kraft. Im großen Publikum ist diese Vorschrift vielfach dahin verstanden worden, daß erst die vom 20. Dezember 1920 ab fällig werdenden Beiträge den doppelten Betrag kosten sollen. Diese Ansicht ist irrtümlich. Wie die Fassung des Gesetzes ergibt, sollen alle Marken, die von diesem Tage ab gekauft werden, ganz gleichgültig ob sie für Zeiten vor oder nach dem 20. Dezember 1920 verwendet werden sollen, den doppelten Preis kosten. Dabei macht es keinen Unterschied, ob die Beiträge schuldhafterweise rückständig sind oder ob sie erst nach diesem Termin für vorherliegende Zeiten fällig werden. Das gilt auch dann, wenn dem Arbeitgeber nach § 1430 RVO. gestattet ist, die Beiträge zu anderen Zeiten zu verwenden, als nach §§ 1428 ff. vorgeschrieben ist. Im Einzugsverfahren gelten die Beiträge mit der Einzahlung des Geldbetrags an die Einzugsstelle als wirksam entrichtet. Dasselbe trifft zu, wenn der Versicherungsträger oder nach erledigtem Streitverfahren das Versicherungsamt den Geldwert empfangen hat (vgl. Düttmann, Kommentar Bd. IV, 2. Aufl. Anm. 3 zu § 1413 und Anm. 8 zu § 1428). In diesen Fällen braucht also, auch wenn die betreffende Stelle, die den Geldbetrag erhalten hat, die Marken noch nicht verwendet hat, Nachzahlung nicht geleistet zu werden.

Die bisherigen Beitragsmarken mit den alten Wertaufdrucken bleiben weiter gültig, nur mit dem Unterschied, daß der doppelte Betrag des aufgedruckten Wertes dafür zu zahlen ist. Wer noch einen Vorrat an bisherigen Marken hat, darf diesen natürlich weiter benutzen. Also das „Hamstern" hat sich auch hier gelohnt. Nur die Marken für die Zusatzversicherung (§ 1472) sowie die bis zum 1. August 1920 gültig gewesenen Marken werden weiter zum Nennwert ausgegeben.

Nach § 6 wird bei Erstattung und Umtausch lediglich der einfache Geldwert zugrunde gelegt. Das kann für den Arbeitgeber erhebliche Mehrkosten verursachen. Ergibt sich z. B. bei einer Kontrolle, daß irrtümlich Marken 3. Klasse statt 5. Klasse verwendet worden sind, so hat jetzt der Arbeitgeber den Differenzbetrag zwischen je 1,10 ℳ und 2,80 ℳ, also 1,70 ℳ, nachzuzahlen.

Wie ist es zu halten, wenn zwar die Marken verwendet sind, aber irrtümlicherweise solche einer unzuständigen Versicherungsanstalt, wie es in Grenzbezirken leicht der Fall sein wird? In der Entsch. 750 (Amtl. Nachr. 1899 S. 561) hat das Reichsversicherungsamt zwar diesen Marken die Rechtswirkung versagt, aber in der späteren Entsch. 1081 (Amtl. Nachr. 1903 S. 549) ausgesprochen, daß die Berichtigung der Marken nicht durch die Fristen der §§ 1442, 1443 beschränkt ist, so daß tatsächlich die Versicherten in diesen Fällen keinen Schaden erleiden können. In der Praxis pflegen derartige Markenumwandlungen häufig ohne Kenntnis der Versicherten vor sich zu gehen. Muß nun künftig der Arbeitgeber bei der Berichtigung den Unterschied zum doppelten Betrage nachzahlen oder nicht? Ich möchte die Frage verneinen. Wenn auch praktisch die Berichtigung in der Weise vor sich geht, daß die Marken der unzuständigen Versicherungsanstalt vernichtet, ihr Wertbetrag von dieser erstattet und nun dafür Marken der zuständigen Anstalt verwendet werden, so ist das doch mehr ein interner Vorgang, man kann wohl sagen, eine Auseinandersetzung zwischen den beiden Anstalten, wodurch das Versicherungsverhältnis selbst, wie wir sahen, nicht berührt wird.

Eine weitere Frage ist, ob der Arbeitgeber, der dem Versicherten nur den nach dem Nennwert berechneten Anteil vom Lohn

Digitized by Google

abgezogen hat, nachträglich die Hälfte des Mehrbetrags in Abzug bringen darf, weil er auch für die rückliegende Zeit die Marken nur noch zum doppelten Preise erwerben kann. Soweit der Arbeitgeber schuldhafterweise mit der Beitragsentrichtung im Rückstand war, natürlich nicht. Andernfalls wird man die Ausnahmevorschrift des § 1433 RVO. anwenden können. Dort heißt es: „Sind Abzüge bei einer Lohnzahlung unterblieben ..." Der Arbeitgeber hat zwar Abzüge gemacht, nur ohne sein Verschulden nicht in ausreichender Höhe. Es liegt aber kein Grund vor, in einem solchen Falle, der übrigens nur in der Übergangszeit eine Rolle spielt, die Lasten der Beitragsverdoppelung allein dem Arbeitgeber aufzuerlegen, zumal es ja auch sonst nach ausdrücklicher Vorschrift des § 5 Abs. 2 des Gesetzes bei den allgemeinen Vorschriften der RVO. über die Beitragsentrichtung verbleiben soll, der Versicherte also auch von dem doppelten Wert der Beitragsmarken die Hälfte tragen muß.

Bei Weigerung des Arbeitsgebers, die Marken zum doppelten Betrage auch für Zeiten vor dem 20. Dezember 1920 zu beschaffen, muß nach § 1459 RVO. entschieden werden. Dagegen werden Streitigkeiten darüber, ob der Versicherte auch von den erhöhten Beiträgen die Hälfte zu tragen hat, trotzdem ihm der halbe Betrag nach dem Nennwert bereits abgezogen ist, nur im Wege des § 1461 RVO. zum Austrag kommen können.

Eine Lücke enthält das Gesetz hinsichtlich der Frage, wie die Verrechnung der Beihilfen erfolgen soll. Nach § 7 leistet das Reich bis zum Eingang der erhöhten Beiträge Vorschüsse für die Zahlung der Beihilfen. Diese Vorschüsse sollen aus den eingegangenen Beiträgen erstattet werden. Unter den „eingegangenen Beiträgen" sind offenbar nur die erhöhten Beiträge zu verstehen. Weiter schreibt § 8 vor, daß binnen 15 Tagen nach Ablauf jedes Monats die obersten Postbehörden den Versicherungsträgern für den vorangegangenen Monat mitzuteilen haben, welche Einnahmen aus der Erhöhung der Beiträge erzielt und welche Aufwendungen für die Beihilfe gemacht sind. Wenn nun, entgegen den Berechnungen, die Aufwendungen für die Beihilfen höher sein sollten als die Einkünfte aus der Verdoppelung des Verkaufswertes der Marken, wer trägt den Fehlbetrag? Jedenfalls nicht die Versicherungsträger. Da das Reich Vorschüsse zu leisten hat, die aus den erhöhten Beitragseinnahmen zu erstatten sind, so müssen etwaige Fehlbeträge zu Lasten des Reichs gehen. Etwaige Überschüsse müssen den Versicherungsträgern zufließen, da im Gesetze nichts anderes gesagt ist, und Einnahmen aus den Versicherungsbeiträgen den Versicherungsträgern zustehen.

Zweifelhafter ist die weitere Frage, ob die Verrechnung zwischen den Aufwendungen für die Beihilfen und den erhöhten Beiträgen für jeden Versicherungsträger einzeln erfolgt oder für alle zusammen. Es ist denkbar, daß im Bezirk einer Versicherungsanstalt die Beitragserhöhung mehr einbringt, als an Beihilfen für die von dieser Anstalt gezahlten Renten aufgewendet wird; bei einer anderen Anstalt kann das Verhältnis umgekehrt sein. Ob und in welcher Weise ein Ausgleich erfolgen soll, wie etwaige Überschüsse auf die einzelnen Anstalten verteilt werden sollen, auf alle diese Fragen gibt das Gesetz keine Antwort. Man darf wohl annehmen, daß die Entscheidung hierüber einer späteren endgültigen Regelung vorbehalten bleiben soll. Zunächst freilich muß die Post die in jedem Monat sich ergebenden Überschüsse an die Versicherungsanstalt abführen, in deren Bezirk sie entstanden sind.

Gleichzeitig mit dem Gesetz ist im Reichstag einstimmig eine Entschließung angenommen worden, die die Reichsregierung auffordert, einen Gesetzentwurf, durch den der Notlage der Landesversicherungsanstalten abgeholfen wird, so schleunig vorzulegen, daß die erforderlichen Maßnahmen spätestens mit dem 1. Juli 1921 in Kraft treten können. Dies zeigt deutlich, daß dieses neueste Gesetzgebungswerk nur ein Verlegenheitserzeugnis ist. Das Gesetz hat infolge der plötzlichen Beitragserhöhung, wie aus den zahlreichen

Digitized by Google

Zuschriften und Erörterungen in der Tagespresse zu entnehmen ist, starken Unwillen ausgelöst. Dieser Unwillen hat sich noch dadurch gesteigert, daß die Postanstalten auf Anweisung des Arbeitsministers schon am 18. Dezember 1920, d. h. an dem Tage, an dem das Gesetz im Reichstage verabschiedet ist, den Verkauf der Beitragsmarken einstellen mußten. Da dieser Tag ein Sonnabend war, war es vielen Arbeitgebern unmöglich, für die laufende Woche die notwendigen Beitragsmarken noch zu erhalten. Woraus der Arbeitsminister die Befugnis zu einer solchen Maßnahme herleitet, ist unerfindlich. Ich halte es wohl für möglich, daß Arbeitgeber für den Schaden, der ihnen durch diese Anordnung erwächst, die im Gesetz keine Stütze findet, den Arbeitsminister oder die Postverwaltung im Zivilwege haftbar machen können. Eigenartig ist es auch, daß das Gesetz, dessen teilweise Wirksamkeit schon am 20. Dezember 1920 beginnen sollte, mit dem Datum vom 26. Dezember 1920 erst in der am 31. Dezember 1920 in Berlin ausgegebenen Nr. 243 des RGBl. veröffentlicht ist.

Derartige unbefriedigende Gesetze wirken nur verärgernd und erzeugen Mißstimmung gegen die Invalidenversicherung; die von den unbilligen Vorschriften betroffenen Kreise sind nur zu sehr geneigt, die Schuld nicht dem Reichstage, sondern den Versicherungsträgern in die Schuhe zu schieben, die das Gesetz zur Ausführung bringen müssen. Durch eine halbamtliche Auslassung in der Tagespresse sucht der Arbeitsminister*) den Betroffenen die bittere Pille dadurch schmackhafter zu machen, daß er die Mehrzahlung auch für die Vergangenheit als eine Art Steuer bezeichnet und darauf hinweist, daß ohne die Herstellung neuer Marken, die angeblich Monate gedauert hätte, ein anderes Verfahren nicht möglich gewesen sei. Ob man nicht doch einen Ausweg hätte finden können, der weniger Härten zur Folge gehabt hätte, wollen wir hier unerörtert lassen.

Es mag auch nicht unerwähnt bleiben, daß man auch die Höhe der Beihilfen als völlig unzureichend bezeichnet hat. Besonders in der links-radikalen Presse ist das in der dieser Presse eigenen Tonart geschehen. Ein Antrag der Mehrheitssozialisten, die Beihilfe auf 50 ℳ zu bemessen, ist im Reichstag abgelehnt worden, weil dazu die Mittel nicht ausreichen würden. Man macht sich nicht klar, daß die Leistungen der Versicherung sich immer nur nach den gezahlten Beiträgen richten können. Der Weg, der wirtschaftlichen Not der Rentner mit Zulagen zu Lasten der Versicherung abzuhelfen, hat sich eben — das haben die Versicherungsträger von Anfang an betont — als verhängnisvoll erwiesen. Man kann nur dringend wünschen, daß das vom Reichstag geforderte Gesetz die Beiträge endlich in angemessener Weise regelt und damit der Finanznot der Versicherungsanstalten abhilft und außerdem mit dem Zulageverfahren bricht. Vielleicht entschließt man sich auch, der Frage der Verschmelzung der Angestelltenversicherung mit der Invalidenversicherung näherzutreten. Dazu liegt um so mehr Veranlassung vor, als die Verwaltung der Angestelltenversicherung die Erhöhung der Beiträge unter Bildung neuer Lohnklassen gefordert hat und in ihren Vorschlägen zu Versicherungsbeiträgen bis 96 ℳ monatlich gekommen ist. Dieses Nebeneinander von Angestellten- und Invalidenversicherung, das schon lange der inneren Berechtigung entbehrt, wird immer unhaltbarer, je mehr die Beiträge und Leistungen steigen.

*) Zu vgl. nachstehende Anmerkung.

Anmerkung der Schriftleitung: Wir teilen die vom Herrn Verfasser erwähnte Auslassung des Reichsarbeitsministeriums nach der „Deutschen Allgem. Zeitung“ vom 7. Januar 1921 hier vollständig mit.

„Aus dem Reichsarbeitsministerium wird geschrieben: Daß die Invalidenversicherungsmarken seit dem 20. Dezember 1920 zum doppelten Nennwert verkauft werden, beruht auf dem Gesetz über eine außerordentliche Beihilfe für Empfänger von Renten aus der Invalidenversicherung vom 26. Dezember vorigen Jahres. (Reichsgesetzblatt Nr. 243, Seite 2315.) Das Gesetz ist aus der Mitte des Reichstages eingebracht worden. Da Reichsmittel bei der trostlosen Finanzlage nicht zur Verfügung standen, aber den in größter Not befindlichen Rentenempfängern schleunigst geholfen werden mußte, blieb kein anderer Weg, als eine Art Steuer von den Versicherten und ihren Arbeitgebern durch Verdoppelung der Preise der Versicherungsmarken zu erheben. Dabei war man auf die Weiterbenutzung der bisherigen Marken angewiesen, weil

Digitized by Google

das Drucken oder Überdrucken der Marken mehrere Monate erfordert hätte. Deshalb mußte sofort der Verkauf der Marken zum alten Preise gesperrt werden, da sonst sicherlich eine große Menge Marken gehamstert und hierdurch die Aufbringung der Mittel für die Beihilfe gefährdet worden wäre. Bei den Reichstagsberatungen wurde nicht verkannt, daß unter Umständen auch für rückliegende Zeiten zum doppelten Preise gekaufte Beitragsmarken verwendet werden müssen, wobei eine Erstattung des zu viel Bezahlten schon mit Rücksicht auf die davon zu erwartende unerträgliche Geschäftsüberlastung der Landesversicherungsanstalten ausgeschlossen erscheint. Man war sich bei den Beratungen darüber klar, daß diese Übergangshärten gegenüber der Notwendigkeit einer sofortigen Hilfe für die Rentenempfänger zurücktreten müssen.

Im übrigen sei darauf hingewiesen, daß nur für die ab 1. August 1920 ausgegebenen Marken der Preis verdoppelt worden ist, dagegen werden die früher ausgegebenen Marken ohne Preisaufschlag verkauft. Aufklärende Mitteilungen hat das Reichsarbeitsministerium, sobald feststand, daß der Reichsrat von seinem Einspruchsrecht gegen das Gesetz keinen Gebrauch machen wollte, wiederholt der Presse zugehen lassen; leider hat sich ihre Veröffentlichung infolge der Feiertage verzögert."

Die Unzulänglichkeit dieser „aufklärenden Mitteilung" liegt auf der Hand. Wir können auf Grund von Zuschriften aus unserem Leserkreise bestätigen, daß die Maßnahme außerordentlich verstimmt, ja empört hat, ganz besonders die sehr bedenkliche und zu unliebsamen Vergleichen mit manchen Geschäftssitten herausfordernde Markenverkaufssperre, mittels deren man es den Arbeitgebern unmöglich gemacht hat, für die Zeit vor dem Inkrafttreten des neuen Gesetzes die Marken zum bisherigen Preise zu beschaffen. Die Gesetzwidrigkeit dieser Maßnahme kann wohl nicht zweifelhaft sein. An scharfer Aburteilung in der Tagespresse fehlt es begreiflicherweise nicht. Die „Berliner Abendpost" vom 6. Januar 1921 schreibt:

„. . . Nach dem Reichsanzeiger tritt das Gesetz in § 5 mit Wirkung vom 20. Dezember in Kraft. Wenn die Versicherungsanstalten schon für die Zeit vorher die höheren Beiträge verlangen, so ist das ungesetzlich. Die Landesversicherungsanstalten haben kein Recht, zu einem Gesetz ihrerseits Vorschriften zu erlassen. Sie haben die Gesetze so auszuführen, wie sie erlassen sind und nichts weiter. Wer für Marken vor dem 20. Dezember den doppelten Preis schon bezahlt hat, kann daher Rückerstattung verlangen, und niemand ist verpflichtet, Marken zum doppelten Preis für die Zeit vor dem 20. Dezember zu kleben. Sollte eine Versicherungsanstalt sich weigern, dem nachzukommen, so gibt es das Beschwerderecht beim Reichsversicherungsamt, das dann für allen Schaden haftbar gemacht werden kann, der nach dieser willkürlichen Auslegung eines Gesetzes entsteht.

Wenn die Reichsdruckerei für die erhöhten Versicherungsbeträge nicht rechtzeitig Marken herstellen kann, so ist es höchst unfein, wenn das Reich aus dieser technischen Unfähigkeit noch ein Geschäft macht. Es gibt Dutzende von Möglichkeiten, eine Unterscheidung zu treffen zwischen der Beitragszahlung vor und nach dem 20. Dezember, und es wäre eine Prämie auf die Denkfaulheit des Gesetzgebers, würden sich Arbeitgeber und Arbeiter widerspruchslos diese ungerechtfertigte Neubelastung gefallen lassen.

Die Verdoppelung der Invalidenbeiträge bringt viel, viel mehr ein, als die Kosten für die Beihilfen an die Rentner ausmachen, die man damit herausschlagen wollte. Aber man entschied sich für die Verdoppelung, weil man zu bequem war, Unterscheidungen zu treffen. Der Plan stammt von einem Mitgliede der Deutschen Volkspartei und ist im Unterausschuß des Reichstages mit der Verpflichtung ausgeheckt worden, daß davon weder im Ausschuß, noch im Reichstag, noch im Reichsrat gesprochen werden soll. Den Abgeordneten fiel das nicht schwer, denn sie wußten von der ganzen Sache nichts, sie wurden irregeführt durch die ganz bewußt gewählte Überschrift des Gesetzes, die nur von den höheren Renten und nicht von den höheren Beiträgen sprach. Die Eingeweihten aber schwiegen auf die Verabredung hin. Sie veranlaßten die gesetzwidrige Anordnung des Postministers, durch die vorübergehend der Verkauf von Invalidenmarken untersagt wurde, und sie ließen den Verkauf erst wieder zu, als die Verdoppelung im sicheren Hafen und der Überfall auf das Volk gelungen war."

Wir treten Herrn Landesrat Brunn darin bei, daß das benachteiligte Publikum nur allzu geneigt sein wird, die Schuld den Versicherungsträgern beizumessen, und wir hegen darüber hinaus die Besorgnis, daß die Versicherungsanstalten (nicht der Arbeits- oder der Postminister) zu allem anderen auch noch die Last peinlicher Rückforderungsprozesse werden tragen müssen.

Inzwischen ersehen wir aus verschiedenen Zeitungen, daß das Reichsversicherungsamt sich auf Anfrage dahin geäußert habe: es könne nur anheimgeben, daß sich Arbeitgeber, die noch Marken für frühere Zeiten zu verwenden haben, an die Landesversicherungsanstalt mit dem Ersuchen wenden, ihnen diese Marken zum einfachen Nennwert zu liefern, und daß sie, falls die Landesversicherungsanstalt es ablehnt, den Weg des § 1459 RVO. beschreiten.

Soziale Kinderversicherung*).

Von Dr. Tenhaeff in Köln.

Infolge Verarmung durch den Krieg und den unglücklichen Ausgang desselben ist dem deutschen Volke eine der Vorkriegszeit entsprechende Bezahlung aller Arbeitnehmer sehr erschwert, wenn nicht unmöglich gemacht. Am ehesten hat noch die Masse der Arbeiter eine der Geldentwertung und Teuerung angemessene Vermehrung ihres Nominallohnes erreicht. Bei ihnen war die Anpassung an die veränderten Verhältnisse um so nötiger, als im demokratischen Staate allen Teilen des Volkes ein menschenwürdiges Dasein bei Pflichterfüllung gegen die Volksgemeinschaft ermöglicht werden soll. Am Arbeitereinkommen gemessen, haben die Angestellten

*) Der Herr Verfasser hat uns die Fahnenabzüge dieses für die „Zeitschrift der Zentralstelle für Volkswohlfahrt Concordia)" bestimmten Aufsatzes zum Abdruck zur Verfügung gestellt.

Digitized by Google

und Beamten durchschnittlich nicht eine Steigerung ihrer Entgelte erzielt, die das Verhältnis vor Kriegsausbruch zwischen Arbeiter- und Angestellten- bzw. Beamteneinkommen aufrechterhält. Besonders die mittleren und oberen Angestellten und Beamten sind erheblich gesunken in der geldlichen Bewertung ihrer Arbeitsleistungen. Am härtesten betroffen wurden von dem Hinabgleiten auf der Lohnskala die verheirateten Angestellten und Beamten. Sie haben nicht nur die eigene, auch die Lebenshaltung ihrer Familien auf eine Entlohnung, wie sie vor dem Kriege bestand, eingerichtet und sind nun außerstande, diese fortzusetzen. Die Kinderausbildung und Erziehung leidet am meisten durch die Minderbezahlung der Festbesoldeten. Grausam ist es für die Eltern, ihren Kindern an Ausbildung und Existenzmöglichkeit nicht mehr das bieten zu können, was sie selbst erhalten hatten und was unumgänglich ist, wenn ein Sinken auf eine niedere Kulturstufe vermieden werden soll. Gemeinschädlich ist das Sinken der Kultur in dem großen Mittelstande der Festbesoldeten für das ganze Volk.

Man sucht die Härten und Nachteile zu mildern durch Kinderzulagen zum Arbeitseinkommen der Beschäftigten. Staat, Reich und Gemeinden haben wohl allgemein eine solche Regelung getroffen. Die Beihilfen sind nicht ausreichend, sie beseitigen jedoch die größte Not und sind ein Anfang auf einem neuen Wege sozialer Fürsorge. Auch die Privatangestellten und Arbeiter haben durch die Not der Zeit sich vielfach gezwungen gesehen, Kinderzulagen zum Arbeitsentgelte zu verlangen. Durch Tarifverträge sind Zulagen festgelegt worden, die jeder Arbeitgeber, für den ein solcher Tarif gilt, seinen Beschäftigten zahlen soll. Die Kinderbeihilfen erschweren die Tarifverhandlungen, sie erzeugen Mißstimmung bei denjenigen Arbeitnehmern, die keine erhalten, in der nicht immer unbegründeten Annahme, nun weniger Lohn oder Gehalt und dergleichen zu bekommen, damit die Familienväter besser bezahlt werden können. Eine gewisse Spaltung der Arbeitnehmerschaft bei Tarifverhandlungen ist unvermeidbar, wenn ein großer Teil, mitunter die Mehrheit, Kinderzulagen nicht wünscht, sie jedoch gefordert oder angenommen werden müssen wegen der unerträglichen Bedrängnis kinderreicher Beschäftigter, denen in anderer Weise nicht geholfen werden kann. Der deutsche Beamtenbund z. B. vertritt grundsätzlich den Standpunkt, die Bezahlung der Arbeitnehmer hat ausschließlich nach Leistungen zu geschehen, die Kinderfürsorge ist Sache der Allgemeinheit. Gewiß hat die Allgemeinheit ein großes Interesse an der Fürsorge für die Jugend, die Zukunft des Volkes. Staat, Reich und Gemeinden werden deshalb als Arbeitgeber wohl so lange ihren Bediensteten Kinderzulagen gewähren, als Gehälter und Löhne nicht allgemein so aufgebessert sind, daß auch die Familie vom Arbeitseinkommen des Ernährers zu leben vermag wie vor Kriegsbeginn. Private Arbeitgeber werden soziales Verständnis und Entgegenkommen in diesem Maße nicht immer zeigen, oft auch nicht zeigen können wegen eigenen geldlichen Unvermögens. Das Gemeinwohl erscheint jedoch nach dem mörderischen Kriege eine Ordnung des Kinderzulagewesens, die allen bedürftigen Kindern das Existenzminimum sichert. Eine so weitgehende Unterstützung der Minderbemittelten ist auf absehbare Zeit im verarmten Deutschen Reiche nicht zu erreichen. Möglich ist aber, den Privatangestellten und Privatarbeitern gleichwertige Kinderbeihilfen gesetzlich zu sichern, wie sie Beamte, Angestellte und Arbeiter des Reiches, der Staaten, der Kommunen erhalten. Die Möglichkeit liegt in der Kinderversicherung.

Ohne voraussichtliche Mehrbelastung für solche Arbeitgeber, die bereits Kinderzulagen geben, wären von allen privaten Arbeitgebern gleichmäßige und in einem bestimmten Verhältnisse zum Lohne oder Gehalte stehende Beiträge zu erheben. Falls nicht wesentlich höheres Kindergeld in der Versicherung vorgesehen wird, als Unternehmer und Kaufleute bereits zahlen, würden Arbeitgeber, die Zulagen gewähren, durch Verteilung der Lasten auf breitere Schultern durchschnittlich entlastet werden. Die Versicherung hätte ihre Leistungen zunächst auf Kinderrenten zu beschränken, die allen versicherungspflichtig Beschäftigten nach gesetzlicher Vorschrift auszuzahlen wären. Als Träger der Versicherung käme zweckmäßig die örtlich zentralisierte soziale Krankenkasse in Betracht, weil sie mit geringstem Verwaltungskosten- und Zeitaufwand in einfachster Form die neue Versicherung glatt und einwandfrei durchführen kann**). Sie hat durch die Wochenhilfe als Kassenleistung und Fürsorge des Reiches Unterlagen und Möglichkeiten, die Anspruchsberechtigung auch für die Kinderversicherung zu prüfen. Letztere schließt sich organisch an die Wöchnerinnenversicherung an, ist ein weiteres Glied in dem Schutze für Mutter und Kind. Die Kenntnis der Krankenkassen über persönliche und wirtschaftliche Verhältnisse der Versicherten und ihrer Familien käme der neuen Versicherung zu Nutzen. Bei Inkrafttreten derselben würde zuverlässiges, vollständiges Material über Höhe und Gliederung der durch die Versicherung übernommenen Verbindlichkeiten und der Angaben für die Beitragsberechnung vorliegen, wenn zuvor die nach dem neuen Gesetz Versicherungspflichtigen zur Anmeldung etwaiger Ansprüche auf Kindergeld unter Vorlage bestimmter Unterlagen und die Arbeitgeber zur Anmeldung aller nach dem neuen Gesetz Versicherungspflichtigen unter Beantwortung bestimmter Fragen bei der zuständigen Krankenkasse aufgefordert würden. Ob und wie weit solch umfassende statistische Erhebung entbehrt werden kann wegen des vorliegenden Materials der Arbeitgeber und Arbeitgeberverbände über gezahlte Kinderbeihilfen und der Krankenkassen über gegenwärtige Fortschreibung oder Auszählung in den einzelnen Lohnstufen, wäre zu prüfen. Es empfiehlt sich, anfangs in der Kinderversicherung die Beiträge etwas höher festzusetzen, als erforderlich erscheint, um auf alle Fälle gedeckt zu sein und baldigst eine Rücklage für Zeiten wirtschaftlicher Krisen anzusammeln. Die Beitragszahlung geschähe zweckmäßig summarisch durch feste, allgemein gültige Zuschläge auf die im abgelaufenen Monat gezahlten Löhne und Gehälter einschließlich aller Nebenbezüge. Die Beiträge wären monatlich an die zuständige Krankenkasse zu überweisen unter Beifügung einer Liste, aus der zu ersehen ist, für welche Personen und je in welcher Versicherungs- (und Beitrags-)Stufe Beträge entrichtet werden. Die Liste wäre nur das erstemal unter Aufführung aller Versicherten einzureichen, für die Folge genügten Veränderungsanzeigen, Ummeldungen in höhere oder niedere Stufen, Abgänge und Zugänge. Vorenthaltung von Beiträgen wäre unter Strafe zu stellen. Den Krankenkassen wäre

**) Wir verweisen auf die im Jahrg. 1919 S. 338 mitgeteilten Ausführungen, in denen der Verfasser in entsprechender Weise die Verbindung der Arbeitslosenversicherung mit der Krankenversicherung begründet hat — ein Gedanke, der ja auf einen fruchtbaren Boden gefallen ist (Schriftleitung).

Digitized by Google

Einblick in die Lohn- und Gehaltsunterlagen der Firmen zu gestatten. Soweit Tarifverträge verbindlich sind, dürften niedrigere als die tarifmäßigen Entgelte der Beitragsberechnung nicht zugrunde gelegt werden. Es ist ratsam, in der Kinderversicherung nur wenige Versicherungs- (und Beitrags-) Stufen zu bilden. Das vereinfacht und erleichtert die Ausführung der Versicherung auch für die Arbeitgeber und erschwert Betrügereien. Ein Bedürfnis für mehr als drei oder vier Stufen dürfte nicht vorhanden sein. Bei gleichhohen Beiträgen für Arbeiter und Angestellte könnte letzteren, weil sie durchschnittlich weniger Kinder haben als Arbeiter, ein etwas höheres Kindergeld gegeben werden, wenn nicht ihre Kinder in der Regel später in Verdienst kämen, demnach länger Beihilfen beanspruchten als Arbeiterkinder und dadurch ein Ausgleich geschaffen würde, so daß Leistung und Gegenleistung in der Versicherung in beiden Gruppen im Einklang stände. Sind Vater und Mutter in versicherungspflichtiger Stellung, so wäre Kinderrente nur einmal, bei unehelicher Geburt nur der Mutter zu zahlen. Der Aufbau der Versicherung müßte Anpassung an die jeweiligen Lohn- und Gehaltsverhältnisse der Versicherten zulassen, so daß diese ohne Gesetzesänderung auch bei weiterer Geldentwertung dem Arbeitseinkommen entsprechend Kinderbeihilfen bezögen. Der Kreis der Versicherungspflichtigen wäre so zu fassen wie in der Krankenversicherung. Die Erweiterung der Versicherungsgrenze für Angestellte in gehobener Stellung bis zum Jahresverdienst von 40 000 ℳ würde in der Kinderversicherung wohl nicht auf Widerstand stoßen und aus bevölkerungspolitischen Gründen bei der Geldentwertung zu rechtfertigen sein. Es würde dann nur eine kleine Oberschicht aus der Arbeitnehmerschaft nicht des Versicherungsschutzes der gesetzlichen Gewährleistung der Kinderzulagen teilhaftig sein. Die Auszahlung der Zulagen hätte tunlichst durch monatliche Überweisung auf die Sparkassen-, Postscheck- oder Bankkonten der Bezugsberechtigten zu geschehen. Die Auszahlung durch die Arbeitgeber würde umständliche Verrechnungen zur Folge haben und manchem Arbeitnehmer nicht erwünscht sein. Die Kinderversicherung brächte den Krankenkassen bei fortschrittlicher Verwaltung mehr eine Steigerung des Bank- als des persönlichen Verkehrs im Kassenlokale. Die Verwaltungsgemeinschaft der Kinder- und Krankenversicherung würde eine lückenlose Erfassung aller der neuen Versicherung Unterstellten sichern, da die Krankenkassen die restlose Anmeldung seitens der Arbeitgeber überwachen und auch hinsichtlich Verdienstangaben Unregelmäßigkeiten leicht aufdecken können. Die gemeinsame Verwaltung verschiedener Versicherungen bietet den Vorteil selbsttätiger gegenseitiger Kontrolle über unberechtigten Bezug von Leistungen und unberechtigte Vorenthaltung von Beiträgen. Bei der allgemein gesunkenen Moral sind solche Sicherungen unerläßlich. Darüber hinaus würde gegenseitige Förderung und Anpassung der Versicherungen bei gemeinsamer Geschäftsführung eintreten. Jede berufsgenossenschaftliche Gliederung der Kinderversicherung wäre zu verwerfen, weil sie eine Schwächung des Gesamtergebnisses der Fürsorge bedeutete, indem die Geschäftszweige, die viel Jugendliche bzw. wenig Familienernährer beschäftigen, fast nichts zur Aufbringung der Mittel für Kinderbeihilfen beizutragen hätten, hingegen die Berufe mit viel kinderreichen Beschäftigten unerschwinglich belastet würden. Auch die besonderen Schwierigkeiten, mit denen einzelne Geschäfts- und Industriezweige dauernd oder vorübergehend zu kämpfen haben, sprechen gegen die Zersplitterung der Kinderversicherung nach Berufen.

Zu ersetzen ist die soziale Kinderversicherung nicht durch Selbsthilfe der Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Würde z. B. allgemein durch tarifliche Vereinbarung die Zahlung von Kinderzulagen zum Arbeitsentgelte in ausreichender Höhe angeordnet, so bliebe doch jedem Arbeitgeber die Möglichkeit, durch Einstellung kinderloser Arbeitskräfte die soziale Fürsorge tunlichst zu umgehen. Tatsache würde sein, daß durch die tarifliche Festlegung von Kinderbeihilfen Kinderreiche bei Stellenwechsel oft Schwierigkeiten hätten, ihren Kräften und Fähigkeiten entsprechend unterzukommen. Die Wohltat würde für sie zur Plage werden. Durchgreifend helfen kann nur eine allgemeine Versicherung, die jedem Arbeitgeber ein Interesse an Einstellung Kinderloser nimmt. Dann wäre freie Bahn auch dem arbeitstüchtigen Vater vieler Kinder gewährleistet. In der Kinderversicherung darf eine Kassenzersplitterung nicht geduldet werden. In der örtlich zentralisierten Kasse müßten alle versicherungspflichtig Beschäftigten des Ortes versichert sein. Kassenzersplitterung gäbe Anlaß zur Bevorzugung Kinderloser bei Neueinstellungen, gliche also einer Versündigung am Volke. In Krisenzeiten vermag nur eine allgemeine Versicherungskasse, in der die Versicherungswagnisse der verschiedenen Berufe usw. einen gewissen Ausgleich bringen, berechtigten Anforderungen nachzukommen. Die Kosten dieser Versicherung hätten letzten Endes die versicherungspflichtigen ledigen bzw. kinderlosen Arbeitnehmer zu tragen, wenn die Zahlung der Beiträge auch durch die Arbeitgeber erfolgt. Die mittelbare Junggesellen- und Kinderlosensteuer ist in Anbetracht der ungeheuren Verarmung des Volkes zu rechtfertigen, da sie zur Erhaltung unseres Volkes auf gegenwärtiger Kulturstufe nötig erscheint, nur der Unterstützung der Arbeits- und Berufsgenossen dient und jeder Steuerzahler bei Verbleib in versicherungspflichtiger Beschäftigung und Erzeugung eines Nachkommen Steuergenießer, d. h. Empfänger von Kinderrente werden kann. Die mittelbare Junggesellen- und Kinderlosensteuer ist nicht so fühlbar wie eine unmittelbare. Zu befreien von der Pflichtmitgliedschaft in der örtlich zentralisierten Kasse wären nur die Beschäftigten des Reiches und der Staaten. Für sie würde je eine eigene Kasse zu errichten sein, falls nicht die Zahlung der Kinderzulagen in bisheriger Weise vorgezogen wird. Die Reichs- und Staatsangestellten hätten eine Sicherung und Erhöhung ihrer Kinderbeihilfen durch die soziale Kinderversicherung zu gewärtigen. Die verschuldeten Gemeinwesen Staat und Reich würden durch die Kinderversicherung geldlich nicht in Anspruch genommen, wohl hätten sie eine Entlastung auf anderen Gebieten zu erwarten. Die Gemeinden, hinsichtlich Kinderversicherung wie private Arbeitgeber behandelt, würden durchschnittlich an Beiträgen zur Kinderversicherung nicht mehr zahlen, als sie an Kinderbeihilfen für ihre versicherungspflichtig Beschäftigten durch die Versicherung sparen.

Die Gesamtheit der Arbeitgeber hat unbestreitbar besonderes Interesse an gesundem, kräftigem, leistungsfähigem Volksnachwuchs. Es ist nicht unbillig, der Gesamtheit der Arbeitgeber entsprechend Opfer zur Sicherung des Heranwachsens der Jugend in Gesundheit und Kraft aufzuerlegen. Eine solche Ausgabe stellt werbendes Kapital für die Zukunft dar. Die Verteilung der neuen Last nach Maßgabe der gezahlten Löhne und Gehälter dürfte gerecht sein. Diejenigen Arbeitgeber, die schon Kinderzu-

Digitized by Google

lagen gewähren, werden wünschen, in allen Betrieben den Arbeitnehmern mit Kindern solche Zulagen in einheitlicher Höhe bezahlt zu sehen, damit Minderbezahlungen nicht mehr zu Arbeitsunruhen werden. Leistungsschwache Firmen, aus Rohstoffmangel, wegen Wettbewerbsschwierigkeiten oder aus sonstigen Gründen notleidende Unternehmungen vermögen jedoch nur im Wege der Versicherung ausreichende Kinderzulagen ihren Beschäftigten zu sichern. Grundsätzlich kann die Arbeitgeberschaft eine soziale Kinderversicherung aus sachlichen Gründen m. E. nicht ablehnen. Etwaiger Widerstand aus diesen Kreisen würde sich vermutlich gegen die Höhe der Belastung wenden, die aus der Versicherung für die Zukunft bei ihrer Ausgestaltung befürchtet wird. Es muß Rücksicht genommen werden auf die Tragfähigkeit des deutschen Wirtschaftslebens bei Schaffung einer Kinderversicherung, indem die Kinderrenten nicht wesentlich höher gewählt werden, als sie durchschnittlich gegenwärtig bei freier Gewährung sind. *Die soziale Kinderversicherung ist eine zwingende Folge der schrecklichen Volksverarmung, die eine Bezahlung aller Arbeitnehmer, auch der kinderlosen, in dem Maße, daß das Entgelt zum Unterhalt einer Familie ausreicht, verhindert oder sehr erschwert.* Es ist zu hoffen, daß die Arbeitgeber die Vorteile erkennen, die ihnen letzten Endes die soziale Kinderversicherung in der Begrenzung zukünftiger Lohnforderungen bringt. Die Zahlung der Mehrbeträge (Kinderzulagen) an Arbeitnehmer mit Kindern hat im Einzelfalle mit Vergütung für Leistung (Arbeit) in der Regel nichts zu tun, wenn zusammen solche Kinderbeihilfen auch als Lohn- und Gehaltsteile des Betriebes anzusprechen sind. Die Arbeitgeber überlassen deshalb am besten die Gewährung von Kinderunterstützungen sozialen Einrichtungen und beschränken sich auf Aufbringung der notwendigen Geldmittel für den Zweck. Sie befreien sich dann von Weiterungen und Verantwortlichkeiten, die wesensfremd einem Erwerbsunternehmen sind und ablenken von dem notwendigen Streben, mit geringsten Mitteln größte Nutzwirkung in der Einzelwirtschaft und insgesamt für die Volkswirtschaft zu erzielen. Ein soziales Institut kann in gerechter Strenge unberechtigte Ansprüche stets abweisen. Ein einzelner Arbeitgeber wird manchmal aus Klugheit oder Entgegenkommen Kindergeld zahlen, wenn die Anspruchsberechtigung nicht oder nicht zweifelsfrei gegeben ist. Die undankbare Aufgabe des Versagens der Unterstützung nimmt dem Arbeitgeber eine Versicherung ab. Einheitliche Richtlinien und Grundsätze bestehen nicht für die Gewährung von Kinderbeihilfen seitens privater Arbeitgeber oder deren Vereinigungen. Das alles legt Zentralisation in sachkundiger, unabhängiger Verwaltung nahe. Das brächte gewisse Ersparnis und gerechte Verteilung der Lasten und Leistungen. Unlauteren Arbeitnehmern würde die Erpressung von Kinderbeihilfen unmöglich gemacht, und unlauteren Arbeitgebern die Vorenthaltung solcher Fürsorge an Unterstützungsberechtigte. Eine Gefahr hat die soziale Kinderversicherung in der vorgeschlagenen Begrenzung des Versichertenkreises für die private Arbeitgeberschaft insofern, als Reich oder Staaten bestrebt sein könnten, weniger kinderreiche Personen als bisher zu beschäftigen. Diese Gemeinwesen wären durch die Parlamente zu beeinflussen, damit Kinderlose bei Einstellungen nicht bevorzugt werden.

Was würden nun die Folgen einer sozialen Kinderversicherung sein? Die *Arbeitnehmer* brauchten Kinderzulagen nicht mehr zu erkämpfen, sie wären gesetzliches Gut aller versicherungspflichtig Beschäftigten geworden und nach Höhe, Dauer der Gewährung usw. genau festgelegt. Das beruhigte etwas über die wirtschaftliche Zukunft der Familien, gäbe den Kinderreichen eine Gleichstellung bei dem Stellenwettbewerbe mit Ledigen und Kinderlosen, ließe die Abhängigkeit vom Brotherrn weniger drückend empfinden, weil Teile des Arbeitsentgeltes (Kindergeld) gesetzlich bestimmt und der Gunst oder Mißgunst des Arbeitgebers entzogen wären und persönliche und Familienverhältnisse (z. B. uneheliche Geburten), die man nicht offenbaren möchte, geheim blieben. Die Hoffnung auf Besserstellung durch Ausbau der Kinderversicherung und Vereinfachung und Erleichterung der Tarifverhandlungen infolge Wegfalls der Kinderzulagen in den Verhandlungen gäbe Mut zu weiterem berechtigten Emporringen. Die *Arbeitgeber* hätten mit einheitlicher geldlicher Belastung in bestimmter Höhe zu rechnen. Die sozialen Lasten wären für alle Betriebe wieder die gleichen. Die Übertragung der Kinderfürsorge auch auf die Konkurrenz im Auslande würde durch gesetzliche Regelung im Inlande erleichtert sein. Örtliche Erzwingung höherer Kinderzulagen wäre ausgeschaltet. Die Arbeitgeber könnten mit mehr Sicherheit geschäftlichen Berechnungen für die Zukunft nachgehen. Der Streitgegenstand Kinderzulagen wäre bei Tarifverhandlungen fortgefallen. Die Arbeitgeber könnten die tüchtigsten Stellenbewerber sich aussuchen, ohne auf Kinderzahl der Bewerber Rücksicht nehmen zu müssen. Die Bezahlung nach Leistungen wäre mehr gewahrt. Die Einräumung des Rechtsanspruches auf Kinderrente verknüpfte die Interessen der Arbeitnehmer mehr mit möglichster Leistungsfähigkeit der Volkswirtschaft. Die Kinderversicherung liegt im Zuge der Entwicklung der Interessengemeinschaft der Arbeitgeber und Arbeitnehmer. Diese Interessengemeinschaft wird mehr und mehr als Lebensnotwendigkeit für Handel und Industrie in der veränderten Zeit erkannt. Die *Allgemeinheit* sähe durch eine soziale Kinderversicherung die Gesundheit und Wohlfahrt des Volkes gefördert. Millionen Angestellter und Arbeiter könnten dann etwas mehr für den Lebensunterhalt und die Ausbildung und Erziehung ihrer Kinder tun. Der Segen der Kinderversicherung wäre unverkennbar. Zum Beispiel würde durch die vermehrte Ausbildung das Überangebot jugendlicher ungelernter Arbeitskräfte zurückgehen, ältere ungelernte Personen fänden wieder Stellung. Da nur Herstellung von Qualitätswaren und Qualitätsleistungen uns wirtschaftlich hoch bringen kann, Hunderttausende von Eltern aber aus Kreisen, in denen früher die Fachausbildung der Kinder üblich war, eine solche ihren Kindern mangels Geld nicht mehr bieten können, so würde die Kinderversicherung auch hier eine Lücke ausfüllen. Die Gelder der Versicherung wären volkswirtschaftlich produktiv angelegt und bedeuteten Ersparnisse auf anderen Gebieten öffentlicher Fürsorge, z. B. Gesundheitspflege und Arbeitslosenunterstützung. Im Allgemeininteresse liegt eine den wirklichen Bedürfnissen angenäherte Kinderbeihilfe. Sparen geschähe hier am verkehrten Ende. Um die berufliche Ausbildung Jugendlicher wirksam zu unterstützen, wäre Staffelung der Kinderzulagen nach dem Alter erforderlich, so daß für größere Kinder mehr Rente gegeben werden könnte. Die Familiengründung würde durch die Kinderversicherung erleichtert. Erhaltung und Mehrung eines gesunden, kräftigen, leistungsfähigen

Digitized by Google

Nachwuchses wären unausbleibliche Folgen sozialer Kinderversicherung. Die Wirtschaftskämpfe und demnach die Vergeudungen von Volksvermögen nähmen ab. Die kinderreichen Arbeitnehmer sind notgedrungen die stärksten Dränger zu höheren Lohn- und Gehaltsforderungen. Wird ihnen die Aufzucht der Kinder durch eine Versicherung wirtschaftlich erleichtert, so verringert das die Lohnkämpfe. Weitere Kreise der Angestellten und Beamten insbesondere, die vor einigen Jahren noch erheblich höhere als Arbeitereinkommen hatten (teilweise das Doppelte und Dreifache), müssen in verschämter Armut, in den dürftigsten Verhältnissen mit Frau und Kindern leben. Das kann zur Verzweiflung führen, wenn nicht Hilfe, d. h. Bezahlung entsprechend Leistung auch diesen Personen gebracht wird. Ist das dem unsagbar verarmten Volke nicht anders ausführbar, so vermag die Kinderversicherung die Mittel zu beschaffen, um den Ärmsten der Armen der neuen Zeit Milderung der Notlage sogleich zu bringen und erhebliche weitere Zuwendungen in sichere Aussicht zu stellen, falls die Gesundung des Wirtschaftslebens fortschreitet. Die früheren Feinde haben die große Widerstandsfähigkeit der Deutschen in dem jahrelangen Weltkriege zum erheblichen Teile als gesundheitliche und soziale Erfolge der deutschen Arbeiterversicherung gewertet. Die ungeheure Not des besiegten Vaterlandes zwingt zu weiteren vermehrten Leistungen auf sozialem Gebiete, um Arbeitsfriede und Arbeitsfreudigkeit als Grundlage des Wiederaufbaues der Volksgemeinschaft und Volkswirtschaft zu gewinnen. *Die soziale Kinderversicherung* kann dem Zwecke die wirksamsten Dienste leisten, sie *gibt die Handhabe, in Fortsetzung der Beeinflussung durch die Wochenhilfe den Schutz und die körperliche und geistige Ertüchtigung des Kindes bis zum Eintritt ins Erwerbsleben oder bis zum Überschreiten des Kindesalters zum Wohle des Volkes zu überwachen.* Was dem Obrigkeitsstaate nicht anvertraut werden durfte, ist im demokratischen Volksstaate angebracht: Das Praktischwerden des Interesses der Volksgemeinschaft an Ausbildung und Erziehung der Volksjugend zur Erreichung möglichst leistungsfähigen und leistungswilligen Nachwuchses, um jedem Volksgenossen die höchste Summe Glücks lebenslänglich zu gewährleisten. Das große Übel der Zeit, die Arbeitsunlust, wäre an der Wurzel gefaßt und verschwände nach und nach endgültig. Der Nachwuchs könnte (nötigenfalls durch Abstufen der Kinderrenten) in die Berufe gelenkt werden, wo die Verwendung der Arbeitskräfte volkswirtschaftlich jeweilig am nötigsten ist, die Ausbeutung der Jugend wäre erschwert, die Auswüchse im Haltekinderwesen verminderten sich, indem z. B. unehelichen und alleinstehenden, nicht genügend erwerbsfähigen Müttern, die ihr Kind bei sich behielten, erhöhte Kinderbeihilfen zugebilligt würden; die Beschaffung von Wohnungen könnte den Kinderreichen durch teilweise Anlegung der Versicherungsrücklage in Hypotheken oder in anderer Weise erleichtert werden. Die minderbemittelten Eltern behielten Lasten noch genug, um der Verantwortung, für die Kinder sorgen zu müssen, stets bewußt zu bleiben. Die Vorteile der sozialen Kinderversicherung wären derart, daß über die gesetzlichen Regelleistungen hinaus vermutlich Mehrleistungen von geldlich starken Kassen, d. h. opferbereiten Arbeitgeberschaften eingeführt würden. Arbeitstüchtige Kräfte würden dorthin gezogen, wo erhöhte Kinderunterstützungen gewährt werden. Die Interessengemeinschaft der Arbeitgeber und Arbeitnehmer in der Kinderversicherung käme zum Ausdruck, indem vermehrte Aufwendungen der ersteren für die letzteren sich durch gediegenere Arbeitsleistungen der letzteren bezahlt machten. An Kassenmehrleistungen wären *nach längerer Mitgliedschaft* freizustellen: Erhöhung der Kinderrente, um das Interesse an fortdauernder Arbeit wachzuhalten, einmalige Sonderzuwendungen bei Einschulung, Konfirmation oder Kommunion der Kinder, Fortgewähr der Kinderrente für bestimmte Zeit in bestimmter Höhe bei unverschuldeter Stellenlosigkeit, Invalidität und (an die Hinterbliebenen) beim Tode des Ernährers. Für eine gute Entwicklung der Kinderversicherung wären solche Kassenmehrleistungen zweckdienlich. Um diese Versicherung als dauernde Einrichtung gesichert zu sehen, wäre bei ihrer Einführung Maß zu halten in den Pflichtleistungen. Ausbau ist mit Erstarken der Volkswirtschaft zu erwarten. Das Ausland würde sich dem neuen deutschen Vorbilde sozialer Fürsorge nicht entziehen können, da es unter wesentlich günstigeren Wirtschaftsbedingungen arbeitet und seine Arbeitnehmerorganisationen deshalb bei Forderung einer der deutschen gleichwertigen Kinderrente schlecht abzuweisen wären. Bei der beispiellosen Verarmung unseres Volkes muß zweckentsprechende Form und billigste Verwaltung jeder neuen Versicherung gewünscht werden. Die Angliederung an die soziale Krankenversicherung vermiede Schaffung eines neuen Beamtenheeres, großer neuer Kassenräume usw. Die Verwaltungsgemeinschaft wäre die wirtschaftlichste Form der Durchführung der neuen Versicherung. In ähnlicher Weise soll nach dem Gesetzentwurfe die Arbeitslosenversicherung von den Krankenkassen mitbesorgt werden. Anpassung und Ergänzung der verschiedenen sozialen Versicherungszweige bei Ausgestaltung der Leistungen und Einrichtungen kommt bei gemeinsamer Geschäftsführung von selbst. Die infolge der Not vermehrten sozialen Lasten zwingen, die Umgehung der gesetzlichen Bestimmungen Arbeitgebern und Versicherten zu erschweren. Das geschieht in natürlicher Art ohne Mehrarbeit durch gemeinsame Verwaltung der Versicherungen. Erstrebt wird allgemein Vereinfachung und Vereinheitlichung der sozialen Versicherungen. Das wäre bei der Neubildung zu berücksichtigen. In den Krankenkassen wäre der neuen Versicherung die Selbstverwaltung durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer gesichert. Man sei zum Schluß sich bewußt, daß außergewöhnliche Zeiten außergewöhnliche Mittel erfordern. Es handelt sich darum, wie der furchtbaren Not der kinderreichen Arbeitnehmer gesteuert werden soll. Der vorgeschlagene Weg der sozialen Kinderversicherung dürfte ein Opfer von den Arbeitgebern fordern, das verhältnismäßig wenig fühlbar ist und mit geringsten Mitteln die größten Wirkungen erzielt. Doppelt gibt, wer schnell gibt.

Digitized by Google

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Wirkungsbeginn der Neufestsetzung der Grundlöhne.

Bescheid des **Reichsarbeitsministers** v. 2. September 1920 (RArbBl. Nr. 2 S. 55).

Eine Erhöhung der Beiträge und Leistungen bei einer Krankenkasse bedarf regelmäßig einer Satzungsänderung. Um die Wirkungen der Verordnung über Heraufsetzung des Grundlohns und Ausdehnung der Versicherungspflicht in der Krankenversicherung vom 30. April 1920 (Reichs-Gesetzbl. S. 769) möglichst bald in Kraft treten zu lassen, ist in ihrem § 3 vorgesehen, daß schon vor dem Zustandekommen einer Satzungsänderung der Kassenvorstand die notwendigen Änderungen vorläufig festsetzen darf. Bis zu dem Zeitpunkte, wo ein solcher Beschluß gefaßt ist, gelten noch die alten Beiträge und Leistungen. § 9 der obenerwähnten Verordnung hat nur die Bedeutung, daß auch die nach dem 7. April 1920 gefaßten Beschlüsse dieser Art alsbald vom Zeitpunkte der Beschlußfassung ab Geltung haben sollten, nicht aber, daß die später beschlossene Erhöhung der Beiträge und Leistungen rückwärts schon vom 7. April ab wirken. Es wird daher in dem vorliegenden Falle darauf ankommen, ob der Beschluß des Kassenvorstandes wegen Erhöhung des Grundlohns schon vor dem Tage der Erkrankung gefaßt worden ist. Nur in diesem Falle dürfte ein Anspruch auf die erhöhten Kassenleistungen gegeben sein, denn nach § 211 RVO. haben Änderungen des Grundlohns auf bereits eingetretene Versicherungsfälle keinen Einfluß.

Zu vgl. unsere Auskünfte 1920 S. 437 Ziff. 6, 458 Ziff. 2.

Fortdauer der Versicherungspflicht bei Erwerbslosenunterstützung im Falle vorübergehender Betriebsunterbrechung ohne Lösung des Arbeitsverhältnisses.

Schreiben des **Reichsarbeitsministers** vom 9. November 1920 („Volkswohlfahrt" S. 426).

Die Versicherungspflicht gegen Krankheit und damit die Pflicht zur Zahlung der Kassenbeiträge ist nach § 165 RVO. an die Voraussetzung geknüpft, daß ein entgeltliches Beschäftigungsverhältnis besteht. Ein solches liegt nach herrschender Auffassung regelmäßig auch dann vor, wenn Arbeitnehmer infolge vorübergehender Betriebsunterbrechungen ohne Beschäftigung und Verdienst sind, sofern das Arbeitsverhältnis nicht durch Kündigung gelöst ist. Dabei ist es unerheblich, ob die Arbeitnehmer während der Zeit der vorübergehenden Arbeitseinstellung nach § 9 Abs. 2 der Verordnung über Erwerbslosenfürsorge oder nach ihren allgemeinen Bestimmungen Erwerbslosenunterstützung erhalten. Die Pflicht des Trägers der Erwerbslosenfürsorge zur Versicherung tritt jedenfalls erst mit der Auflösung des Arbeitsverhältnisses ein. Dauert die vorübergehende Arbeitseinstellung jedoch längere Zeit an und bezieht der Arbeitnehmer deshalb die volle Erwerbslosenunterstützung, nachdem seine Bedürftigkeit festgestellt ist, so kann ihm nicht ohne Härte zugemutet werden, die zum Teil erheblichen Versicherungsbeiträge weiter zu entrichten. Die Träger der Erwerbslosenfürsorge können daher in diesen Fällen die auf die Arbeitnehmer entfallenden Beiträge zu Lasten der Erwerbslosenfürsorge übernehmen. Die hierdurch entstehenden Aufwendungen dürfen jedoch die Beträge nicht überschreiten, die von den Trägern der Erwerbslosenfürsorge aufzuwenden wären, wenn sie selbst den Unterstützungsempfänger nach Maßgabe der §§ 12a ff. der Verordnung über Erwerbslosenfürsorge versichern würden.

Anerkennung der Leistungspflicht durch eine Krankenkasse.

Rev. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** v. 30. Juni 1920 (II a K. 214. 19).

Das Versicherungsamt hat unter Vorbehalt der Entscheidung über die Höhe der Leistungen dahin erkannt, daß die Beklagte (Krankenkasse) verpflichtet sei, auf Grund ihres Anerkenntnisses der Klägerin für die Dauer ihrer Arbeitsunfähigkeit die Kassenleistungen zu gewähren. Durch Vorentscheidung des Vorsitzenden des Oberversicherungsamts ist die Berufung der Beklagten als unbegründet zurückgewiesen worden; die Spruchkammer des Oberversicherungsamts hat die Vorentscheidung bestätigt. — Die von der beklagten Krankenkasse eingelegte Revision ist vom RVA. zurückgewiesen worden aus folgenden Gründen:

Die Beklagte stützt ihren Standpunkt mit Unrecht auf die Revisionsentscheidung des RVA. vom 8. Mai 1917 (II a K. 40/17). Bei jener Entscheidung handelte es sich um die Frage, ob in der tatsächlichen Gewährung von Kassenleistungen für eine gewisse Zeit ein Anerkenntnis der Versicherungspflicht zu erblicken und ob dadurch die Versicherungspflicht ein für allemal — auch über die tatsächlich gewährten Leistungen hinauswirkend — festgestellt sei. Diese Frage ist in verneinendem Sinne entschieden worden. Damit ist aber nicht gesagt, daß der Kasse jegliche bindende Erklärung über ihre Leistungspflicht verwehrt und alle in dieser Richtung sich bewegenden Erklärungen rechtsungültig seien. Das würde mit dem auch das Versicherungsrecht beherrschenden Grundsatze von Treu und Glauben nicht zu vereinbaren sein und dahin führen müssen, daß jeder Anspruchsberechtigte auch in den Fällen, in denen die Kasse ihre Leistungspflicht anerkennt, ein dringendes Interesse daran hätte, eine instanzielle Entscheidung über seinen Anspruch herbeizuführen,

Digitized by Google

um sich gegen einen späteren Widerruf oder gegen eine Rückforderung seitens der Kasse zu sichern. Das würde aber nicht nur über den Inhalt der Entscheidung vom 8. Mai 1917 weit hinausgehen, sondern auch der Befugnis der Kasse widersprechen, über ihre Mittel zur Befriedigung der gegen sie erhobenen Ansprüche nach eigenem pflichtmäßigen Ermessen zu verfügen. Es würde aber auch nicht in Einklang zu bringen sein mit der unzweifelhaften Befugnis der Kasse, im Spruchverfahren einen erhobenen Anspruch anzuerkennen mit der Folge, daß ohne sachliche Nachprüfung des Anspruchs dem Anerkenntnisse gemäß zu entscheiden ist. Es unterliegt daher keinem Bedenken, einer Erklärung der Kasse, durch die sie sich nach anfänglichem Streit über ihre Leistungspflicht zur Gewährung der Kassenleistungen innerhalb eines bestimmten gegen sie gerichteten Anspruchs ausdrücklich verpflichtet oder ihre Verpflichtung dazu ausdrücklich anerkennt, rechtlich bindende Bedeutung beizumessen. Eine derartige Erklärung kann zwar nach allgemeinen Rechtsgrundsätzen unter gewissen Voraussetzungen widerrufen werden, insbesondere, wenn ein Grund zur Anfechtung im Sinne der §§ 119, 123 BGB. gegeben ist. Derartige Umstände liegen aber hier nicht vor. Die von der Beklagten abgegebene und von der Gegenseite angenommene Erklärung hatte den Zweck, den Anspruch der Klägerin auf die Kassenleistungen sicherzustellen, insbesondere die ursprünglich bestehende Zweifelhaftigkeit des dem Anspruch zugrunde liegenden Beschäftigungsverhältnisses der Klägerin zu beseitigen. Mit dieser Absicht würde es im Widerspruch stehen, wenn die Kasse die Tatsache des Beschäftigungsverhältnisses — sei es auch von einem anderen rechtlichen Gesichtspunkte aus — erneut in Zweifel ziehen dürfte.

Zusammentreffen von Entbindung mit Krankheit.

Urteil des **Oberversicherungsamts Leipzig** vom 13. November 1920 (II 32/20).

Die Spruchkammer hat sich den Gründen der Vorinstanz (Versicherungsamt Rochlitz) allenthalben nur anschließen können und konnte auch durch die Rechtsausführungen der Beklagten (Krankenkasse) in ihrer Berufungsschrift zu einer anderen Beurteilung der Rechts- und Sachlage nicht gelangen.

Zwar braucht die Kasse, nachdem ihr Vorstand einen Beschluß nach § 195c RVO. auf Gewährung von Sachleistungen nicht gefaßt hat, nach § 195a nur eine Barleistung von 50 ℳ zu gewähren, die alle Unkosten der Niederkunft, also auch die ärztlichen, deckt. Es bildet jedoch dies nur dann die hinreichende gesetzliche Leistung, wenn es sich um eine normale, glatte Niederkunft handelt. Es soll durch die Vorschriften in §§ 195a, 195c, 205a RVO. die Zuziehung eines Arztes selbst bei normalem Verlaufe einer Entbindung möglichst gefördert werden, in denen sie — besonders bei jeder ersten Entbindung — vernünftigerweise angezeigt erscheint. An sich beweist die Zuziehung eines Arztes noch nicht, daß eine Entbindung einen unnormalen Verlauf hatte. Nur dann, wenn sie regelwidrig verlief und besondere ärztliche Kunstgriffe erforderte, so daß sie als Krankheit angesehen werden muß, kann von unnormaler Entbindung gesprochen werden. In einem solchen Falle liegt eine Gefährdung des Leibes und Lebens der Wöchnerin vor, also eine Krankheit, welche die Regelleistungen der Kasse in Krankheitsfällen, also Krankenpflege im Sinne von § 182 der Reichsversicherungsordnung, zur Folge hat. Hierzu aber gehört nach dieser Gesetzesbestimmung auch ärztliche Behandlung bzw. Ersatz der vom versicherten Mitgliede aufgewendeten Arztkosten.

Im vorliegenden Falle nun hat es sich um eine regelwidrige Entbindung, um eine sogenannte Zangengeburt gehandelt. Eine solche erforderte zweifellos sachkundige ärztliche Hilfe, andernfalls für die Klägerin bzw. ihr Kind verhängnisvolle Folgen eintreten mußten. Daß derartige schwierige Fälle, die die Gesundheit, die körperliche Unversehrtheit, ja sogar das Leben eines Kassenmitgliedes schwer bedrohen, lediglich durch das Wochenhilfe-Pauschale voll gedeckt werden sollten, hat der Gesetzgeber, der die Kassenmitglieder doch besser stellen wollte, nicht beabsichtigt. Er hat besondere Bestimmungen für solch regelwidrige Entbindungen nicht getroffen, weil diese Fälle eben als Krankheitsfälle durch § 182 RVO. gedeckt sind.

Anmerkung: Der Entscheidung ist zuzustimmen. Dies brauchte kaum bemerkt zu werden, wenn nicht von autoritativer Seite neuerdings eine abweichende Ansicht vertreten und, gegenüber nachdrücklichem Widerspruch aus Kreisen der Krankenkassen, aufrechterhalten worden wäre. Gemeint sind die Ausführungen von Hoffmann in „Landkrankenkasse" 1920 S. 291 ff., 346, 378 (gegen Thiesen und Obst, daselbst S. 344 ff., 374 ff.). Er nimmt an, daß der Entbindungskostenbeitrag nur zu zahlen sei, wenn eine ordnungsmäßige Entbindung vorliege, nicht auch, wenn die Niederkunft sich infolge von Unregelmäßigkeiten zu einer Krankheit gestalte (S. 291). Der Verlauf der Entbindung sei vollkommen gleichgültig, solange die Entbindung nicht in Krankheit ausarte; als solche könne eine Zangengeburt oder ein Dammriß nicht angesehen werden (S. 346). Es könne immer nur einer der beiden Versicherungsfälle vorliegen, entweder Krankheit oder Entbindung. Daraus folge, daß, wenn die Entbindung anormal sei und sich als Krankheit darstelle, nur die Leistungen der Krankenhilfe, nicht also der Entbindungsbeitrag sowie das Wochen- und Stillgeld (!) gewährt werden dürften (S. 378).

Das ist vollkommen irrig. Gerade daraus, daß Niederkunft und Krankheit durchaus verschiedene Versicherungsfälle und Fürsorgegründe darstellen, folgt, daß sie miteinander zusammentreffen und je einen besonderen Fürsorgeanspruch erzeugen können, soweit das Gesetz nichts anderes vorschreibt. Und gerade daraus, daß das Gesetz nur für einen Fall

Digitized by Google

etwas anderes vorschreibt, nämlich daß Krankengeld neben Wochengeld nicht gewährt wird (§ 195a Abs. 2 RVO.), ergibt sich, daß im übrigen beim Zusammentreffen beider Versicherungsfälle die Leistungen aus dem einen Fürsorgegrunde ergänzend zu den Leistungen aus dem anderen Grunde hinzutreten, wie wir dies in zahlreichen Auskünften bereits näher dargelegt haben. Zu vgl. ArbVers. 1920 S. 57 Ziff. 5, 558 Ziff. 9, 636 Ziff. 2, 656 Ziff. 6, 679 Ziff. 3, 698 Ziff. 3. Es liegt kein Anlaß vor, den Fall, daß eine Versicherte infolge regelwidrigen Verlaufs der Entbindung erkrankt, versicherungsrechtlich anders zu behandeln als den Fall, daß sie vor oder bei oder nach der Entbindung aus einer von dieser unabhängigen Ursache einer ärztlichen Behandlung oder eines Heilmittels bedürftig wird.

Zeitpunkt des Inkrafttretens von § 9 des Wochenhilfegesetzes vom 26. Sept. 1919.

Bescheid des **Reichsarbeitsministers** v. 9. September 1920 (RArbBl. S. 99).

Die Entscheidung des Oberversicherungsamts beruht auf irrtümlicher Gesetzesauslegung. Während § 24 des Gesetzes über Wochenhilfe und Wochenfürsorge vom 26. September 1919 (Reichs-Gesetzbl. S. 1757) bestimmt, daß die §§ 8, 9 des genannten Gesetzes mit der Beendigung des Krieges in Kraft treten, schreibt § 27 des Abänderungsgesetzes (Reichs-Gesetzbl. S. 1069) vor, daß zwar die Vorschriften des § 8 mit dem 10. Januar 1920, alle übrigen Vorschriften aber, mithin auch diejenigen des § 9, bereits mit dem 1. Oktober 1919 in Kraft treten. Diese Fassung ist gerade deshalb gewählt worden, um den Kriegsteilnehmern die erhöhten Leistungen der Wochenhilfe in gleicher Weise wie den sonstigen Berechtigten schon vom 1. Oktober 1919 ab zuzuleiten. Es darf ergebenst ersucht werden, das Oberversicherungsamt zu einer Zurücknahme seiner Beanstandung anzuhalten. Dabei darf bemerkt werden, daß die Endgültigkeit von Entscheidungen der hier in Rede stehenden Art, wie hier bereits in mehreren Fällen entschieden worden ist, nur den Bewerbern um Wochenhilfe gegenüber gilt. Die Versicherungsbehörden haben bei der Nachprüfung nur die Rechte des Reichs wahrzunehmen; es ist aber nicht ihre Aufgabe, dies auch entgegen dem Willen der zuständigen obersten Reichsstellen zu tun.

B. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Gesetz über eine außerordentliche Beihilfe für Empfänger von Renten aus der Invalidenversicherung.

Vom 26. Dezember 1920 (RGBl. S. 2315.)

Der Reichstag hat das folgende Gesetz beschlossen, das mit Zustimmung des Reichsrats hiermit verkündet wird:

§ 1. — Empfänger von Renten, denen auf Grund des Gesetzes über Abänderung der Leistungen und der Beiträge in der Invalidenversicherung vom 20. Mai 1920 (RGBl. S. 1091) eine Zulage gewährt wird, erhalten vom 1. Januar 1921 ab bis auf weiteres eine Beihilfe.

Die Beihilfe steht nicht zu Personen, die auf Grund des Reichsversorgungsgesetzes vom 12. Mai 1920 (RGBl. S. 989) oder anderer Militärversorgungsgesetze eine Versorgung erhalten.

§ 2. — Die Beihilfe beträgt für Empfänger einer Invaliden-, Alters-, Witwen- oder Witwerrente monatlich 40 *M*, für Empfänger einer Waisenrente monatlich 20 *M*.

§ 3. — Die Beihilfe wird monatlich im voraus gezahlt. Sie wird im vollen Betrage gezahlt, auch wenn der Empfänger nur einen Bruchteil der Rente erhält.

Die Beihilfe wird nicht länger als drei Monate rückwärts, jedoch nicht für Zeiten, die vor dem 1. Januar 1921 liegen, gewährt.

§ 4. — Die Beihilfe wird durch die Post ausgezahlt.

Die oberste Postbehörde bestimmt das Nähere. Leistet eine Sonderanstalt ihre Zahlungen ohne Vermittlung der Post, so hat sie auch die Beihilfe auszuzahlen.

§ 5. — Zur Deckung der Aufwendungen für die Beihilfe werden die Beiträge zur Invalidenversicherung (§ 1392 RVO.) in der Fassung des Artikels II des Gesetzes über Abänderung der Leistungen und der Beiträge in der Invalidenversicherung vom 20. Mai 1920 (RGBl. S. 1091) zum doppelten Geldwert berechnet.

Die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über die Entrichtung der Beiträge durch die Arbeitgeber (§§ 1426 ff.) finden entsprechende Anwendung.

Zusatzmarken (§ 1472 RVO.) werden, wie bisher, zum Nennwert verkauft.

§ 6. — Bei Erstattung und Umtausch von Beiträgen wird lediglich der einfache Geldwert zugrunde gelegt.

§ 7. — Bis zum Eingang der erhöhten Beiträge leistet das Reich Vorschüsse für die Zahlung der Beihilfe. Die Vorschüsse werden aus den eingegangenen Beiträgen erstattet.

§ 8. — Binnen 15 Tagen nach Ablauf jedes Monats teilen die obersten Postbehörden den Versicherungsträgern für den vorangegangenen Monat mit, welche Einnahmen aus der Erhöhung der Beiträge erzielt und welche Aufwendungen für die Beihilfen gemacht sind.

§ 9. — Die Vorschrift des § 5 tritt mit Wirkung vom 20. Dezember 1920, die übrigen Vorschriften treten mit dem 1. Januar 1921 in Kraft.

Digitized by Google

Waisenaussteuer fällt bei Verheiratung der Witwe nicht weg.

Entscheidung des **Oberversicherungsamts Groß-Berlin** vom 28. April 1920 (H. 1085. 20. IX).

Der Standpunkt der Beklagten (Landesversicherungsanstalt), daß die Waisenaussteuer bei Wiederverheiratung der Witwe wegfalle, ist unrichtig. Er findet im Gesetz keine Stütze. Auch nach der Wiederverheiratung bleibt die Mutter von Waisen die Witwe des verstorbenen Vaters. Es fallen zwar gemäß § 1298 RVO. Witwen- und Witwerrente weg. Die Waisen*rente* fällt gemäß § 1299 RVO. erst weg, sobald die Waise das 15. Lebensjahr vollendet hat. Im Abschnitt „Wegfall der Leistungen" findet sich aber kein Hinweis darauf, daß die Waisen*aussteuer* wegfalle, insbesondere etwa bei Wiederverheiratung der Witwe. Auch aus der dem Bürgerlichen Gesetzbuch zu entnehmenden Rechtslage der Waisen, die sich durch die Wiederverheiratung der Mutter nicht verändert, geht das Gegenteil deutlich hervor. Die Unterhaltpflicht des Stiefvaters erstreckt sich nur auf seine Ehefrau, nicht auf deren Kinder. Sind die Waisen durch die Wiederverheiratung der Mutter nicht in rechtlich bessere Lage gekommen, so liegt auch kein Grund vor, ihnen Bezüge zu entziehen, die auf dem Verlust des einen Elternteils beruhen. Der Anspruch auf die Waisenaussteuer besteht somit trotz der Wiederverheiratung der Witwe (vgl. Anm. 8 zu § 1252 RVO. im Kommentar von *Düttmann-Seelmann*), wenn die weiteren Voraussetzungen des § 1252 RVO. erfüllt sind. Dies ist in der vorliegenden Sache der Fall.

Geltendmachung von Rentenansprüchen nach dem Tode des Berechtigten.

Rev. Entsch. des **bayer. Landesversicherungsamts** vom 21. Februar 1920 (Z. 184, Mitt. 192 S. 87).

Die Wasserbauarbeitersfrau W. in S. ist am 14. November 1918 verstorben. Der Ehemann W. hat am 24. November 1918 den Anspruch auf Invalidenrente für die Verstorbene mit dem Vorbringen erhoben, daß seine Frau seit dem August 1917 wegen Herzleidens invalide gewesen sei. Die Landesversicherungsanstalt lehnte den Rentenanspruch ab, weil der Anspruch nicht zu Lebzeiten der W. geltend gemacht worden war. Aus dem gleichen Grunde wies das Oberversicherungsamt die Berufung des W. zurück. W. stützt seine Revision auf die Behauptung, daß er zu Beginn und während der Erkrankung seiner Frau im Felde gestanden, von dem Zustande seiner Frau nicht vollständig unterrichtet gewesen sei und ihr deshalb keine Anregung habe geben können, um Gewährung von Invalidenrente nachzusuchen. Die Revision ist zurückgewiesen aus folgenden *Gründen*:

Die Revision ist nicht begründet. Wenn ein Versicherter stirbt, nachdem er seinen Anspruch erhoben hatte, so sind nach § 1303 Abs. 1 RVO. zur Fortsetzung des Verfahrens und zum Bezuge der bis zum Todestage fälligen Beträge nacheinander berechtigt der Ehegatte, die Kinder, der Vater, die Mutter, die Geschwister des Verstorbenen, wenn sie mit ihm zur Zeit seines Todes in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben. Daraus folgt, daß nur dann, wenn der Verstorbene selbst den Anspruch erhoben hatte oder bei Lebzeiten durch einen Vertreter hatte erheben lassen, die in § 1303 Abs. 1 RVO. genannten Angehörigen in die hierdurch erworbenen Rechte eintreten, daß aber die Angehörigen den Anspruch nach dem Tode des Berechtigten nicht geltend machen können. Der Senat wie das Reichsversicherungsamt haben auch schon in diesem Sinn entschieden (vgl. Mitt. 1914 S. 7 Ziff. 21; Amtl. Nachr. 1915 S. 425 Ziff. 2177). Nur wenn der *Versicherte* selbst an der Erhebung des Anspruchs durch Kriegsverhältnisse verhindert gewesen ist, sind nach § 4 Abs. 1 der Verordnung des Rates der Volksbeauftragten vom 14. Dezember 1918 (RGBl. S. 1437, aufrechterhalten durch § 1 Satz 2 des Übergangsgesetzes vom 4. März 1919, RGBl. S. 285), die in § 1303 Abs. 1 RVO. genannten Personen nacheinander zur Geltendmachung des Anspruchs und zum Bezuge der auf die Zeit bis zum Todestage entfallenden Beträge berechtigt. Dieser Fall liegt hier nicht vor.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Vereinbarungen zwischen Dentisten und Krankenkassen.

Zwischen dem Verbande der Dentisten im Deutschen Reich und den fünf Hauptverbänden der Krankenkassen sind in Kassel am 25. 11. 20 folgende Vereinbarungen abgeschlossen worden:

I. Zur Tätigkeit für Krankenkassen werden nur Dentisten zugelassen, die den Voraussetzungen des § 123 RVO. entsprechen, die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen und die nachfolgenden Bestimmungen anerkennen.

Wo landesgesetzliche Prüfungsvorschriften gegeben sind, müssen die Dentisten diesen Vorschriften genügen.

II. In der Zulassung der Dentisten hat die einzelne Kasse freie Hand. Es steht den Kassen frei, sich vor der Zulassung mit der zuständigen Organisation des Verbandes der Dentisten im Deutschen Reiche ins Benehmen zu setzen.

Die Kassen sind berechtigt, die Regelung ihrer Beziehungen zu den Dentisten durch Einzelvertrag herbeizuführen.

III. Die Tätigkeit der Dentisten bei den Kassen geschieht nach Maßgabe einer Anweisung, die einen Bestandteil dieser Vereinbarungen bildet.

IV. Die Bezahlung erfolgt nach den folgenden Mindestsätzen, sofern nicht in den Bezirken durch die beiderseitigen Bezirksorganisationen prozentuale

Digitized by Google

Zuschläge zu einzelnen Sätzen vereinbart werden. Kommt eine Verständigung nicht zustande, so können die Beteiligten die Vermittlung der Hauptverbände anrufen.

1. Beratung eines Kranken einschl. Untersuchung und etwaiger schriftlicher Verordnung
   a) in der Wohnung des Dentisten während der Sprechstunde . . . . . 1,50 ℳ
      Die Berechnung für eine Beratung ist unzulässig, wenn eine Verrichtung berechnet wird.
   b) in der Wohnung des Kranken . . . 3,— ℳ
2. Ausziehen eines Zahnes oder dessen Wurzeln . . . . . 1,50 ℳ
3. Örtliche Betäubung für jeden Zahn
   a) durch Vereisung . . . . . 2,— ℳ
   b) durch Injektion . . . . . 3,50 ℳ
   c) Betäubung einer Kieferhälfte durch Injektion nicht mehr als . . . . . 7,— ℳ
      Auf die Sätze zu 3 ist kein Zuschlag zu gewähren.
4. Für die Narkose ohne ärztliche Assistenz und Medikamente . . . . . 6,— ℳ
5. Öffnen eines Abzesses oder ähnliche kleinere Verrichtungen . . . . . 2,50 ℳ
6. Für die Stillung einer Nachblutung für jede Sitzung . . . . . 2,50 ℳ
7. Abätzung einer Zahnpulpa, wenn Patient die weitere Behandlung unmöglich macht . . . . . 2,— ℳ
8. Abätzung einer Zahnpulpa einschl. Amputation, Extraktion, Überkappung und gesamter Wurzelfüllung . . . . . 4,— ℳ
9. Vorbehandlung eines wurzelkranken Zahnes einschl. Wurzelfüllung . . . . 5,— ℳ
10. a) Füllung aus plastischem Material (Amalgam oder Zement) . . . . 4,— ℳ
    b) Silikatfüllung für die 6 oberen und unteren Frontzähne . . . . . 8,— ℳ
11. Zahnsteinentfernung bei Erkrankungen
    a) eines Kiefers . . . . . 3,— ℳ
    b) beider Kiefer . . . . . 5,— ℳ
12. Abschleifen scharfer Ränder, je Zahn . 2,— ℳ
13. Trennung engstehender Zähne für je 2 benachbarte Zahnflächen . . . . . 2,— ℳ

Für Auskünfte, Feststellungen und alle schriftlichen Äußerungen, die für die Kasse notwendig werden, wird keine besondere Vergütung bezahlt.

V. Bei der vertraglich festgelegten Behandlung darf eine Zuzahlung nicht gefordert werden. Äußert ein Kassenmitglied aus sich heraus den ausdrücklichen Wunsch nach einer Leistung, die über die gesetzlichen und satzungsmäßigen Leistungen der Kasse hinausgeht, so hat es eine Erklärung zu unterschreiben, daß die Behandlung, soweit sie die Kassenleistungen übersteigt, auf eigenen Wunsch und eigene Kosten stattfinden soll.

VI. Die Vergütungen für Zahnersatz richten sich nach den jeweils geltenden Sätzen der in Betracht kommenden Versicherungsanstalt.

VII. Ändern sich die wirtschaftlichen Verhältnisse derart, daß die in diesen Vereinbarungen vorgesehenen Vergütungen nicht mehr angemessen erscheinen, so muß auf Antrag eines der beiden Teile dieses Abkommens über die Höhe der Vergütungen erneut verhandelt werden.

VIII. Erfolgt die Bezahlung nach Einzelleistungen, so haben die zugelassenen Dentisten ihre genau spezifizierten Rechnungen auf dem hierfür vereinbarten Formblatt bis zum 20. Tage nach Ablauf eines jeden Vierteljahres an eine zu bestimmende Stelle einzureichen. Die Zahlung der Rechnungen soll binnen Monatsfrist erfolgen.

IX. Die zugelassenen Dentisten übernehmen die volle Gewähr für die verwendeten Stoffe sowie für gewissenhafte, genaue Arbeit; sie sind verpflichtet, einer Haftpflichtversicherung anzugehören.

X. Die Kassentätigkeit der Dentisten kann sowohl hinsichtlich der Gebührenrechnung und der Bescheinigungen als auch hinsichtlich der Notwendigkeit der Arbeit und der Art ihrer Ausführung geprüft werden.

Diese Prüfung kann erfolgen durch einen gemeinsamen Ausschuß von Kassenvertretern und Vertretern der Dentisten. Jede Kasse kann auch einen Vertrauensarzt oder Vertrauensdentisten bestellen; der Verband der Dentisten kann für letzteren Vorschläge machen.

XI. Entstehen über Auslegung und Wirkung dieser Vereinbarungen Meinungsverschiedenheiten, so sind sie, falls sie nicht örtlicher Natur sind, dem in Betracht kommenden Verbande der Kassen und der betreffenden Organisation der Dentisten zu unterbreiten.

Läßt sich auf diesem Wege eine Verständigung nicht erzielen, so ist die Angelegenheit einem aus den in Betracht kommenden Verbänden der Kassen und der Dentisten zu wählenden Einigungsausschuß zur Entscheidung vorzulegen. Näheres über den Einigungsausschuß unterliegt der freien Vereinbarung der betreffenden Verbände.

XII. Diese Vereinbarungen treten am 1. Januar 1921 in Kraft. Sie gelten bis zum 31. Dezember 1921. Werden die Vereinbarungen nicht bis zum 30. September 1921 gekündigt, so gelten sie auch für das Jahr 1922.

Laufende Verträge werden durch diese Vereinbarung nicht berührt.

Berichtigung von Vorwürfen gegen die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte.

Neuerdings sind wiederholt von der Tages- und Fachpresse Angriffe gegen die Reichsversicherungsanstalt gerichtet worden, die sich gegen die Nichtversendung der Kontenauszüge an die Versicherten und gegen den „Selbstverwaltungsentwurf" in der Angestelltenversicherung richten. Das Direktorium läßt uns zum Zweck einer Beruhigung der Versicherten folgende Darstellung des Sachverhalts zugehen:

„Durch die Personalverhältnisse während des Krieges waren bei der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte erhebliche Rückstände entstanden. Auch die Versendung von Kontoauszügen ließ sich bei dem Personalmangel nur in geringem Umfange durchführen. Die Rückstände sind vollständig aufgearbeitet worden, und es ist jetzt die Versendung der Kontoauszüge in Angriff genommen worden. Um diese möglichst ohne Rückfragen und ohne erhebliche Vermehrung des Schriftwechsels sowie ohne Personalvermehrung durchzuführen, ist folgender Weg gewählt worden:

Den Versicherten wird zunächst ein Antragsvordruck auf Übersendung eines Kontoauszugs durch ihre Arbeitgeber ausgehändigt. In diesem sollen sie ihre genauen Personalien, die in ihren Versicherungskarten quittierten Beiträge, ihre Arbeitgeber angeben und Mitteilung über die beitragsfreien Zeiten machen. Ebenso sind über etwa geleistete Kriegsdienstzeiten Angaben zu machen, und es ist darauf hingewiesen, sich diese Zeiten auf Grund vorzulegender Militärpapiere von einer öffentlichen Be-

Digitized by Google

hörde bescheinigen zu lassen, damit daraufhin die Anrechnung nach den Bundesratsverordnungen vom 26. August 1915 und 2. August 1917 bei der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte erfolgt; diese Antragsformulare sind bis jetzt bereits mehr als der Hälfte der versicherten Angestellten zugegangen. In dem Umfange, wie die beantworteten Anträge bei der Reichsversicherungsanstalt eingehen und soweit es bei der großen Anzahl möglich ist, sie sofort zu bearbeiten, gehen den Versicherten die Kontoauszüge über die für sie gezahlten Beiträge zu.

Jeder Versicherte wird also in nächster Zeit im Besitze seines Kontoauszuges sein.

Im übrigen ist diese Angelegenheit auch im Reichstage in der 27. Sitzung vom 5. November d. Js. auf Grund der Anfrage des Herrn Abgeordneten Giebel behandelt und von dem Vertreter des Herrn Arbeitsministers eingehend klargelegt worden.

Ferner wird dem Direktorium vorgeworfen, es wolle durch den Selbstverwaltungsentwurf lediglich seine Machtbefugnisse erweitern, eine Verbürokratisierung der Angestelltenversicherung herbeiführen, und endlich für seine Mitglieder sowie für die übrigen höheren Beamten bei dem eventuellen Ausscheiden aus der Behörde möglichst viele materielle Vorteile sichern. Wir müssen diese Vorwürfe auf das Entschiedenste zurückweisen. Die Ausführungen über diesen Punkt zeigen vielmehr, daß die Artikelschreiber den Selbstverwaltungsentwurf in seinen Einzelheiten nicht gekannt haben können; denn gerade durch den Gesetzentwurf sollen den von den Arbeitgebern und Angestellten selbstgewählten Vertretern im Direktorium und Verwaltungsrat viel weitergehende Befugnisse eingeräumt werden als dies im jetzigen Gesetze der Fall ist.

Was schließlich den dritten Entwurf anlangt, so enthalten die Bestimmungen des § 107 der Abänderungsvorschläge der beamteten Mitglieder des Direktoriums über die Entschädigungen der auf ihren Wunsch ausscheidenden Mitglieder des Direktoriums und höheren Beamten weiter nichts als die Gewährleistung der wohlerworbenen Rechte dieser Beamten."

Zur geplanten Erhöhung der Beiträge zur Angestelltenversicherung.

In Nr. 22 vom 17. November 1920 der Zeitschrift des Zentralverbandes der Angestellten, „Der freie Angestellte", wird in einem Artikel: „Die Angestelltenversicherung" darüber Klage geführt, daß die in Aussicht genommene Erhöhung der Beiträge zur Angestelltenversicherung die Angestellten in den unteren Gehaltsklassen unverhältnismäßig mehr belasten werde als die der höheren Gehaltsklassen. Hierzu hat das Direktorium der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte folgendes zu bemerken:

Die starke Erhöhung der Beiträge in den unteren Gehaltsklassen beruht zu einem Teil auf der beabsichtigten Beseitigung der Doppelversicherung. Da künftighin für die der Angestelltenversicherung unterliegenden Personen Beiträge zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung nicht mehr zu entrichten sein werden, so müssen die Beitragsermäßigungen in den Gehaltsklassen A bis E, die früher mit Rücksicht auf die gleichzeitige Verpflichtung zur Beitragsentrichtung an die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung zugestanden waren, beseitigt werden.

Zum anderen Teile beruht aber die Beitragserhöhung darauf, daß gleichzeitig auch die Leistungen in den unteren Gehaltsklassen besonders stark erhöht werden sollen.

Nach den Abänderungsvorschlägen des Direktoriums soll die Erhöhung der Leistungen in der untersten Gehaltsklasse je nach der Versicherungsdauer das Acht- bis Fünffache der bisherige Sätze betragen; mit den steigenden Gehaltsklassen nimmt die Erhöhung der bisherigen Leistungen allmählich ab. Diese Erhöhung der Leistungen in den unteren Gehaltsklassen ist die Folge der Einführung des für alle Gehaltsklassen gleichen Grundbetrages als neue Leistung, durch die sich naturgemäß auch die Beitragssätze für diese Gehaltsklassen in besonderem Maße erhöhen müssen.

In einem anderen Artikel der gleichen Nummer des genannten Blattes wird unter „Die Vergewaltigung der Versicherten" berichtet, daß die „Afa"-Vertreter eine gemeinsame Besprechung von Vertretern der Angestelltenverbände über die vom Direktorium der Reichsversicherungsanstalt vorgelegten Abänderungsvorschläge zum Versicherungsgesetz für Angestellte unter Protest verlassen hätten, weil sie die angebliche Vergewaltigung der Interessen der Versicherten nicht mitmachen wollten. Tatsache ist, daß die „Afa"-Vertreter es zunächst versucht hatten, eine Hinausschiebung der Sitzung zu erreichen und daß sie, als die Sitzung der Verbände trotzdem stattfand, in der Sitzung die Verhandlung über Fragen verlangten, über die in diesem Rahmen nicht zu verhandeln war und die deshalb nicht auf der Tagesordnung standen. Als ihr diesbezüglicher Antrag von der überwiegenden Mehrheit der Versammelten abgelehnt war, entfernten sie sich, anstatt positive Mitarbeit im Interesse der Versicherten zu leisten.

Zum Kampfe der Lebensversicherungsgesellschaften gegen die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte

geht uns vom Direktorium der Reichsversicherungsanstalt folgende aufklärende Mitteilung zu:

„Die Lebensversicherungsgesellschaften haben die vorgeschlagene Erhöhung der Versicherungsgrenze der Angestelltenversicherung als Anlaß zur Wiederaufnahme ihres Kampfes gegen die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte genommen. Sie versuchen, die Angestelltenkreise von den angeblichen Vorteilen einer mit den Gesellschaften abgeschlossenen Versicherung gegenüber den Leistungen der Reichsversicherungsanstalt zu überzeugen. Als besondere Vorzüge einer solchen führen sie an, daß die Versicherten je nach der Versicherungsdauer selbst in den Genuß des ganzen Kapitals kommen können, ohne auch nur annähernd die Versicherungssumme einzuzahlen. Teilweise gehen sie sogar so weit, Versicherungsnehmern als Lockungsmittel auf die zu zahlende Prämie einen einmaligen Rabatt von 15 v. T. zu gewähren. Demgegenüber muß auf die großen Vorteile hingewiesen werden, die den Versicherten der Reichsversicherungsanstalt geboten werden. Zwar ist mit Rücksicht auf die allgemeine Steigerung der Einkommen, die Entwertung des Geldes und die Erhöhung der Beiträge in der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung sowie deren Ausbau eine weitere Erhöhung der Beiträge in Vorbereitung, diese hält sich aber durchaus im Rahmen desjenigen Betrages, der von den Angestelltenverbänden in Aussicht genommen worden ist. Den Erhöhungen der Beiträge stehen jedoch ganz wesentliche Erhöhungen der Leistungen gegenüber. Die Ruhegelder weisen bereits nach zehnjähriger Mitgliedsdauer bis über 2000 ℳ und nach längerer

Digitized by Google

Mitgliedsdauer Beträge bis zu 15 000 ℳ jährlich auf, deren fortlaufende Zahlung Kapitalbeträge in Höhe des 8 bis 10fachen der Jahresbezüge erfordert. Im Anschluß daran erhöhen sich auch die Witwen- und Waisenrenten sowie die den weiblichen Versicherten zugewendeten Sonderleistungen erheblich. Als ganz besondere Leistung, die die privaten Versicherungen überhaupt nicht, andere Versicherungen nicht in dem Umfange aufzuweisen haben, muß aber die Gewährung von Heilverfahren und Heilmitteln angesprochen werden, für die jährlich von der Reichsversicherungsanstalt viele Millionen, im letzten Jahre weit über 40 Millionen Mark, ausgegeben werden. Die Kosten eines einzigen Heilverfahrens gehen unter den heutigen Verhältnissen in die Tausende und werden durch die Beiträge eines Versicherten selbst für einen größeren Zeitraum nicht annähernd gedeckt. Den Versicherten wird auf diese Weise die Möglichkeit geboten, ihre angegriffene Gesundheit wiederherzustellen und die sonst drohende Berufsunfähigkeit abzuwenden, eine Möglichkeit, die den meisten genommen sein würde, wenn sie gezwungen wären, die Kosten des Heilverfahrens selbst aufzubringen. In welchem steigenden Umfange die Versicherten die Segnungen eines Heilverfahrens in Anspruch nehmen, geht daraus hervor, daß die Zahl der gestellten Heilverfahrensanträge vom 1. Januar bis Ende November 1920 insgesamt 48 435 gegen 41 236 in demselben Zeitraum des Vorjahres betrug.

Die Wiedererlangung bzw. Erhaltung ihrer Berufsfähigkeit ist aber zweifellos für die Versicherten und deren Familien bedeutend wertvoller einzuschätzen, als die anfangs niedrigeren Ruhegeldbezüge, auf deren Höhe der günstige Verlauf eines Heilverfahrens durch die Verlängerung der Versicherungsdauer gleichfalls im günstigen Sinne einwirkt.

Diese Erkenntnis hat und wird auch weiterhin der Angestelltenversicherung ohne Zweifel immer mehr Anhänger und Freunde zuführen."

Kontenauszüge und Kriegsdienstzeit in der Angestelltenversicherung.

Vom Direktorium der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte erhalten wir folgende Zuschrift: „Nach Überwindung der in den Kriegsverhältnissen begründeten Schwierigkeiten hat die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte im Sommer 1920 die Versendung von Kontenauszügen eingeleitet. Um diese Sonderarbeit ohne Personalvermehrung und möglichst ohne spätere Rückfragen durchzuführen, hat sie die Versicherten zur Mitarbeit herangezogen und ihnen durch die Arbeitgeber Antragsvordrucke zugeschickt. Dieser Weg bot den Angestellten u. a. den weiteren Vorteil, daß sie sämtlich veranlaßt wurden, etwaige Kriegsdienste nachzuweisen und sich als Beitragszeiten anrechnen zu lassen. Bis Ende November 1920 sind über eine Million Antragsvordrucke und mehr als 55 000 Kontenauszüge zugestellt worden. Es hätten bereits weit mehr Auszüge abgesandt werden können, wenn nicht viele Versicherte die Vordrucke gar nicht oder unvollständig ausfüllten. Es ist den Versicherten dringend zu empfehlen, daß sie die Vordrucke sofort nach Empfang sorgfältig und vollständig ausfüllen und zurücksenden. Die Erledigung einer so großen Zahl von Anträgen nimmt aber eine geraume Zeit in Anspruch; Erinnerungen sind daher in nächster Zeit nicht angebracht.

Die Reichsversicherungsanstalt hat die Anrechnung des Kriegsdienstes niemals abgelehnt, sondern begünstigt sie im Gegenteil, indem sie, unter Verzicht auf die Einsendung der Militärpapiere, alle Angestellten veranlaßt, sich den Kriegsdienst auf Grund der Papiere von einer Behörde an ihrem Wohnsitz bescheinigen zu lassen und die Anrechnung gleichzeitig mit den Kontenauszügen zu beantragen. Bis Ende November sind bereits über 25 Millionen Mark den Konten der versicherten Kriegsteilnehmer ohne Beitragszahlung gutgeschrieben worden. Zur Zeit werden noch wöchentlich 2000 bis 2300 Anträge auf Anrechnung gestellt und erledigt. Den Versicherten, die noch keine Militärpässe haben, werden voraussichtlich nach Auflösung der Abwicklungsstellen noch näher zu bezeichnende Archive kurze Bescheinigungen über die Dauer ihres Kriegsdienstes ausstellen. Unter Umständen kann der Kriegsdienst auch auf andere geeignete Weise nachgewiesen werden."

Vereinigung von stellvertretenden Vorsitzenden der Versicherungsämter. Ortsgruppe Berlin.

Die Ortsgruppe Berlin veranstaltet in den nächsten Monaten Vorträge und Besichtigungen von Einrichtungen der Versicherungsträger, Heilanstalten, Großbetrieben usw., um ihren Mitgliedern Gelegenheit zu geben, ihren Gesichtskreis durch engste Fühlungnahme mit dem praktischen Leben zu erweitern und die hierdurch erworbenen Kenntnisse bei ihrer Tätigkeit im Dienst der Allgemeinheit zu verwerten. Die Reihe dieser Veranstaltungen wurde durch eine Besichtigung des Ambulatoriums der Sektion I der Nordöstlichen Eisen- und Stahlberufsgenossenschaft in Berlin, Johannisstr. 21, eröffnet, zu der der Geschäftsführer dieser Sektion die Ortsgruppe in entgegenkommendster Weise eingeladen hatte. Der leitende Arzt des Ambulatoriums, Herr Dr. Zander, begrüßte die Erschienenen, unter denen sich außer der Mehrzahl der Mitglieder des Versicherungsamts der bisherigen Stadt Berlin auch Mitglieder der bisher selbständigen Versicherungsämter der Vororte, welche jetzt Abteilungen des Versicherungsamts der neuen Stadtgemeinde Berlin bilden, vertreten waren. Hieran schloß sich eine eingehende Besichtigung, bei der Herr Dr. Zander die nach den modernsten Erfahrungen der Wissenschaft und Technik ausgestatteten Einrichtungen erläuterte und die Apparate vorführte, so z. B. die Operationszwecken und der Wundbehandlung dienenden Räume, die Bäder, die zahlreichen Apparate zur medikomechanischen und elektrischen Behandlung, das Röntgenkabinett u. a. m. Zum Schluß erläuterte Herr Dr. Zander noch an der Hand statistischen Materials die segensreiche Wirksamkeit des Ambulatoriums. Aus diesen Ausführungen verdient hervorgehoben zu werden, daß Herr Dr. Zander in dem von ihm geleiteten Ambulatorium besonderen Wert darauf legt, daß die funktionelle Behandlung gleichzeitig neben der anatomischen Behandlung durchgeführt wird und sich nicht erst an diese anschließt. Durch diese Methode wird der beachtenswerte Erfolg erzielt, daß bei Abschluß der anatomischen Behandlung auch die funktionelle Behandlung ungefähr gleichzeitig abgeschlossen ist. Hierdurch wird dem Verletzten das erdrückende Gefühl erspart, daß er sich trotz Abschlusses der anatomischen Behandlung noch nicht wieder im Besitz der Gebrauchsfähigkeit des verletzten Körperteiles befindet, sondern noch

Digitized by Google

weiterer funktioneller Behandlung bedarf, er kommt vielmehr sobald wie möglich in die Lage, die ihm nach dem Unfall verbliebene Arbeitsfähigkeit wieder ausnutzen zu können. Am Schluß der lehrreichen Besichtigung — sie hatte nahezu zwei Stunden gedauert — sprach der Vorsitzende der Ortsgruppe Berlin in seinen Dankesworten die Hoffnung aus, daß das persönliche Sichnähertreten, das Interesse und die Achtung vor der gegenseitigen Tätigkeit dazu beizutragen berufen sein werden, die gemeinsame Arbeit bei der Durchführung der Arbeiterversicherung zu beleben und zu fördern.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern der Zeitschrift an dieser Stelle der Regel nach unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder eine zivilrechtliche Haftung wird nicht übernommen. Ist Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere Begründung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft gewünscht oder erscheint die Sache zur Veröffentlichung nicht geeignet, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor.

Wirksame Lösung des Arbeitsverhältnisses trotz verweigerter Annahme des Kündigungsschreibens.

1. **Nach Kassel-Wilhelmshöhe.** Antwort: Die Kündigung des Arbeitsverhältnisses ist eine empfangsbedürftige Willenserklärung des Kündigenden gegenüber dem anderen Teil. Wird sie in Abwesenheit des anderen abgegeben, so wird sie nach § 130 Abs. 1 BGB. in dem Zeitpunkte wirksam, in welchem sie ihm „zugeht", also sobald er in die Lage versetzt ist, von dem Inhalt Kenntnis zu nehmen. Daß er auch tatsächlich davon Kenntnis genommen habe, ist nicht erforderlich. Die Arbeiter also, denen die Firma wegen „wilden Streiks" durch eingeschriebenen Brief gemäß § 626 BGB. fristlos gekündigt hat, haben mit dem Eingange der Briefe bei ihnen oder in dem darin bestimmten Zeitpunkte als entlassen zu gelten, auch wenn sie die Annahme der Briefe verweigert haben. Eine andere Auffassung würde mit den Forderungen des Verkehrs unvereinbar sein. Mit der Entlassung aber ist das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis gelöst, selbst wenn die fristlose Kündigung nicht gerechtfertigt sein sollte.

Armenrechtliche Hilfsbedürftigkeit bei eigenmächtiger Aufsuchung des Krankenhauses durch den Versicherten.

2. **Nach Dieburg.** Antwort: Es ist nicht zu verkennen, daß der Versicherte eigenmächtig gehandelt hat, indem er, statt sich gemäß der Anweisung des Kassenarztes in fachärztliche Behandlung nach D. zu begeben, das Krankenhaus in F. aufgesucht hat, wo er auf Kosten des Armenverbandes aufgenommen worden ist. Ob dies nach den Umständen des Falles geboten war, ist streitig; der behandelnde Arzt verneint es, der Krankenhausarzt hat es bejaht. Wer recht hat, können wir selbstverständlich nicht nachprüfen. Es kommt aber darauf auch nicht an. Der Armenverband, in dessen Namen die Krankenhausverwaltung handelte, indem sie den Versicherten aufnahm, durfte sich jedenfalls auf die gutachtliche Äußerung des Krankenhausarztes stützen und danach annehmen, daß der Versicherte hilfsbedürftig im armenrechtlichen Sinne war, weil ihm die Kasse die nach den Umständen erforderliche Krankenhauspflege nicht bereitgestellt hatte. Denn die Armenverbände können, mit Rücksicht auf die Bedürfnisse schleuniger und durchgreifender Armenpflege, nicht für verpflichtet erachtet werden, die Aufnahme Hilfsbedürftiger in die Krankenhäuser von umständlichen Ermittlungen abhängig zu machen (zu vgl. Entsch. des preuß. Ob.-VerwGer. in ArbVers. 1905 S. 143). Die Voraussetzungen des Ersatzanspruchs des Armenverbandes nach §§ 1531 ff. RVO. waren also gegeben. Daß hiernach die Krankenkassen durch eigenmächtiges Handeln der Versicherten oft benachteiligt werden können, hat auch das Oberversicherungsamt nicht verkannt; es hat aber mit Recht angenommen, daß diese Erwägung nur den Gesetzgeber angeht und nicht zur Abweisung des Anspruchs durch die rechtsprechenden Instanzen führen kann.

Fortdauernde Geltung von Kriegsverordnungen des Bundesrats.

3. **Nach Aue.** Antwort: § 3 Ziff. 1 der Bek. v. 22. 11. 17 (ArbVers. S. 817), der die Abstufung des Krankengeldes nach näher bezeichneten Familienverhältnissen zuläßt, ist eine „wirtschaftliche Maßnahme", die der Bundesrat auf Grund des § 3 des Ermächtigungsgesetzes vom 4. 8. 14 erlassen hat. Schon im Jahrg. 1919 S. 560 Ziff. 7 haben wir darauf hingewiesen, daß nach der Fassung dieses Gesetzes nur die Verordnungsbefugnis des Bundesrats, nicht aber die Geltungsdauer der einzelnen auf Grund dieser Befugnis getroffenen Anordnungen auf die Zeit des Krieges beschränkt war. Es ist deshalb keinesfalls anzunehmen, daß jene Bestimmung über die Abstufung des Krankengeldes ohne weiteres mit der am 10. 1. 20 eingetretenen Beendigung des Krieges ihre Geltung verloren habe. Es kommt hinzu, daß die wirtschaftlichen Verhältnisse und Erwägungen, auf denen jene Bestimmung beruht (zu vgl. die amtlichen Erläuterungen in ArbVers. 1918 S. 54, 55 zu § 3), keineswegs mit Kriegsende weggefallen sind. Die Bestimmung ist also als fortgeltend anzusehen, bis sie im Wege der Gesetzgebung außer Kraft gesetzt wird.

Versicherungspflicht eines nach § 169 RVO. Befreiten wegen einer Nebenbeschäftigung.

4. **Nach C.** Antwort: Wenn der Polizeiwachtmeister in dieser seiner Stellung als Kommunalbeamter nach § 169 RVO. versicherungsfrei ist, so wird er nicht dadurch schlechthin versicherungspflichtig, daß er nebenher die Tätigkeit eines Desinfektors ausübt, auf welche die Voraussetzungen des § 169 nicht zutreffen (zu vgl. Entsch. des RVA.

Digitized by Google

in ArbVers. 1920 S. 170); sondern es kann sich nur fragen, ob er in diesem besonderen Beschäftigungsverhältnisse als Desinfektor versicherungspflichtig ist oder nicht. Da er bei seinem Beamtengehalt von 12 300 ℳ für jene Nebenbeschäftigung nur einen Entgelt von etwa 300 ℳ für das Jahr bezieht, so liegt es nahe, an Versicherungsfreiheit auf Grund des § 168 RVO. zu denken. Allein was im Sinne dieser Vorschrift als „vorübergehende Dienstleistung" versicherungsfrei bleibt, bestimmt sich ausschließlich nach der Bekanntmachung vom 17. 11. 13 (ArbVers. 30 S. 848), und keine der Bestimmungen dieser Bekanntm. trifft im vorliegenden Falle zu, wenn wir annehmen dürfen, daß der Polizeiwachtmeister auch den Entgelt für die Nebenbeschäftigung von der Stadtgemeinde, also von demselben Arbeitgeber, bezieht, zu dem er im Hauptamt in einem nach § 169 RVO. versicherungsfreien Arbeitsverhältnisse steht (zu vgl. Ziff. I 4 der Bekanntm.). Daß dieser Entgelt im Verhältnis zu dem Gehalt von 12 300 ℳ recht geringfügig ist, genügt für sich allein nicht, Versicherungsfreiheit anzunehmen, da man kaum wird sagen können, daß die 300 ℳ neben dem Gehalt wirtschaftlich ohne Belang und deshalb als Entgelt überhaupt nicht anzusehen seien (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 24a zu § 165 RVO.). Wir nehmen hiernach mit dem Versicherungsamt Versicherungspflicht an.

Anspruch des Versicherten auf Kostenersatz für eine Reise auf Ladung der Krankenkasse.

5. **Nach G.** Frage: Mit einem Kassenmitglied bekamen wir Streit über Leistungen aus der Krankenversicherung. Um die Sache in Güte zu erledigen, ersuchten wir das Mitglied, sich an einem bestimmten Tage in unserem Kassenlokale einzufinden zwecks mündlicher Besprechung. Der Mann fand sich zwar ein, eine Einigung kam jedoch nicht zustande. Nun — nach 2 Monaten — verlangt er von uns plötzlich Ersatz für die ihm durch die „Vorladung" erwachsenen Kosten (Reisekosten, Zeitversäumnis, Zehrgeld). Wir verweigerten die Zahlung, so daß er sich an das Versicherungsamt wandte. Ist das Versicherungsamt zur Entscheidung zuständig? Auf Grund welcher Bestimmung? Kann es von Aufsichts wegen einschreiten? Erscheint die Kasse hier als Privatrechtssubjekt oder als Subjekt des öffentlichen Rechts?

Antwort: Mit Recht hat der Versicherte das Ersuchen der Kasse, sich an einem bestimmten Tage zur Erörterung der Streitsache einzufinden, als eine „Vorladung" angesehen. Er hatte allerdings keine Pflicht, dieser Ladung zu folgen, konnte aber doch meinen, daß er sich durch ablehnendes Verhalten irgendwelchen Rechtsnachteilen aussetzen würde, und er durfte erwarten, daß die Kasse ihn für Reisekosten und Zeitversäumnis schadlos halten werde. Dies mußte auch die Kasse sich gegenwärtig halten, wenn sie, in Erfüllung ihrer Pflicht, den Sachverhalt und die Rechtslage von Amts wegen möglichst zu klären, es für sachgemäß hielt, den auswärts wohnenden Mann lieber zu mündlicher Besprechung zu laden, statt die Sache durch Schriftwechsel zu erledigen. Wir meinen daher, daß die Kasse jene Kosten zu übernehmen und als Verwaltungskosten zu verrechnen hat. Im Spruchverfahren ist über diesen Anspruch des Versicherten keinesfalls zu entscheiden, weil es sich nicht um „Leistungen aus der Krankenversicherung", d. h. um Kassenleistungen auf Grund eines Versicherungsfalles handelt (§ 1633 RVO.). Auch § 1670 RVO. trifft nicht zu. Im ordentlichen Rechtswege kann der Anspruch gleichfalls nicht verfolgt werden, weil er nicht aus einem Privatrechtstitel, sondern nur aus der öffentlich-rechtlichen Pflicht der Kasse, den Sachverhalt aufzuklären und die hierzu nötigen Aufwendungen zu bestreiten, abgeleitet werden kann. Deshalb nehmen wir an, daß die Kasse auf Grund der §§ 30, 31 RVO. zur Erfüllung dieser Pflicht angehalten werden kann. Es würde doch auch recht unbillig sein, dem Versicherten jeden Rechtsschutz in dieser Sache versagen.

Rechtslage der Angestellten einer geschlossenen Betriebskrankenkasse.

6. **Nach Dr.** Antwort: Nur bei der Vereinigung von Krankenkassen (und entsprechend auch in Fällen der Ausscheidung) gelten nach § 285 (§ 298 Abs. 2) RVO. für die Auseinandersetzung die §§ 286 bis 297, insbesondere also auch der § 290, wonach die aufnehmende Kasse die Beamten und Angestellten der aufgenommenen zu denselben oder gleichwertigen Bedingungen zu übernehmen hat. Bei der Auflösung oder Schließung einer Krankenkasse findet eine Auseinandersetzung überhaupt nicht statt, sondern es werden nach § 299 die Beziehungen zu anderen Krankenkassen nach §§ 300 bis 305 geregelt. Hierbei gilt hinsichtlich der Beamten der § 305 nur für Orts- oder Landkrankenkassen. Für Betriebskrankenkassen ist eine solche Vorschrift für entbehrlich erachtet worden, weil hier das Personal gemäß § 361 Abs. 2 von dem Arbeitgeber zu stellen ist, ihm also auch nach Untergehen der Betriebskrankenkasse die Sorge für die Weiterverwendung oder Schadloshaltung der Beamten zur Last fällt (Begr. zu § 371 des Entwurfs S. 194). Mögen also bei der Auflösung der „Militärischen Betriebskrankenkasse" Angestellte dieser Kasse aus Mitteln des Reichs (des Betriebsunternehmers) „bis auf weiteres abgefunden" worden sein oder nicht (ein Ausdruck, der recht unklar ist und nicht erkennen läßt, ob und inwieweit sie etwa noch weitere Ansprüche gegen den Militärfiskus erheben können), so haben sie jedenfalls keinerlei Ansprüche gegen die allgemeine Ortskrankenkasse, der der größte Teil der Mitglieder gemäß § 300 überwiesen worden ist, insbesondere nicht etwa den Anspruch, von dieser Kasse unter gleichen oder gleichwertigen Bedingungen übernommen zu werden. Wenn diese Kasse einzelne jener Angestellten in ihren Dienst eingestellt hat, so bestimmen sich deren Rechte und besonders deren Besoldungsverhältnisse lediglich nach dem Besoldungsplan der für die Ortskrankenkasse geltenden Dienstordnung (§§ 349 ff., 353).

Einschreiten der Aufsichtsbehörde, wenn die Bezüge von Kassenbeamten über das nach Landesrecht Zulässige hinausgehen.

7. **Nach A.** Antwort: Die von Ihnen angeführten Stellen haben keinen Bezug auf die vorliegende Frage. Sie verneinen lediglich die Zuständigkeit der versicherungsrechtlichen Aufsichtsbehörden zur Entscheidung von Streitigkeiten über vermögensrechtliche Ansprüche der Kassenbeamten, d. h. in den Fällen, in denen der Anspruch des Beamten von der Kasse bestritten wird. Ein solcher Fall liegt nicht vor, da die Kasse ausdrücklich mitteilt, daß zwischen den Kassenorganen und dem Geschäftsführer kein Streit besteht. Es

Digitized by Google

handelt sich vielmehr um die Frage, ob die Bezüge, die die Kasse dem Geschäftsführer bewilligt, sich in den Grenzen des gesetzlich Zulässigen halten. Diese Frage ist, da der Geschäftsführer L. die Rechte und Pflichten eines gemeindlichen Beamten hat, nach dem Landesrecht, also nach dem bayerischen Beamtenbesoldungsrecht und den dazu erlassenen Ausführungsvorschriften zu beurteilen. Ob diese Vorschriften beachtet oder verletzt sind, unterliegt der Nachprüfung des Versicherungsamts nach § 30 RVO. Ist mehr bewilligt, als zulässig, so muß das Versicherungsamt aufsichtlich einschreiten (§§ 23, 25, 31, 363 RVO.).

Arbeitsunfähigkeit oder Erholungsbedürftigkeit? Rückforderung zu Unrecht gezahlten Krankengeldes; Einrede des Verbrauchs.

8. **Nach Z.** Antwort: Schonungs- oder Erholungsbedürftigkeit ist nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit Arbeitsunfähigkeit im Sinne des § 183 Ziff. 2 RVO. Wir verweisen hierüber auf ArbVers. 1909 S. 266, 1910 S. 706, 1918 S. 98 Ziff. 1. Hat der Arzt, der Sie als arbeitsunfähig bezeichnete, später erkannt, daß dieses Urteil auf irriger Gleichsetzung jener beiden Begriffe beruhte, so ist er nicht nur berechtigt, sondern verpflichtet, diesen Irrtum zu berichtigen. Ob er hierzu gelangen konnte, ohne Sie nochmals zu untersuchen, hat er mit seinem Gewissen abzumachen. War ihm der Befund an sich noch in Erinnerung und hatte er keinen Zweifel darüber, daß dieser Befund Arbeitsunfähigkeit im Sinne des Gesetzes nicht ergeben hatte, daß also lediglich eine irrige Kennzeichnung des tatsächlich festgestellten Zustandes vorlag, so konnte er wohl von einer nochmaligen Untersuchung absehen. Dies liegt auf tatsächlichem, nicht auf rechtlichem Gebiete und entzieht sich unserer Nachprüfung. Hiermit erledigen sich Ihre vier ersten Fragen. Wird nun, nötigenfalls durch erneute Beweiserhebungen, festgestellt, daß Sie nicht arbeitsunfähig waren, so müssen Sie das ohne rechtlichen Grund erhobene Krankengeld zurückzahlen, weil Sie um diesen Betrag auf Kosten der Kasse bereichert sind (§§ 812, 818 BGB.). Ob Sie sich beim Empfang in gutem Glauben befunden haben, ist belanglos. Sie können auch nicht geltend machen, daß Sie das Geld verbraucht haben und daher nicht imstande seien, es zurückzuzahlen. Der Einwand, daß der Empfänger nicht mehr bereichert sei (§ 818 Abs. 3 BGB.), greift im Hinblick auf § 223 RVO bei zu Unrecht gezahlten Kassenleistungen nicht durch (zu vgl. Entsch. des Reichsger. Z. S. 81 S. 352, 83 S. 163).

Zulässige Bedingungen für Familienhilfe.

9. **Nach Stolp.** Antwort: Die Familienhilfe für Angehörige der Versicherten ist eine „Mehrleistung" (§ 179 RVO.), deren Einführung durch die Satzung in das Ermessen der Kassen gestellt ist (§ 205). Die Kasse kann daher diese Leistung auch von allgemeinen, für alle Versicherten gleichmäßig geltenden Voraussetzungen abhängig machen (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 2a zu § 205). Unter diesem Gesichtspunkte besteht kein Bedenken gegen die Bestimmung Ihrer Satzung, wonach die Kasse die näher bezeichneten Leistungen gewährt, „wenn das betreffende Mitglied einen ausdrücklichen Antrag auf Familienhilfe für seine Angehörigen stellt und die in § 48 der Satzung festgesetzten Zusatzbeiträge zahlt". Denn diese Voraussetzungen gelten für alle Versicherten gleichmäßig (zu vgl. hinsichtlich der Beitragsleistung: ArbVers. 1912 S. 783 Ziff. 10). Nach Ihrer Angabe war der Versicherte am 25. 5. 20 von der Ortskrankenkasse für Kaufleute zu Ihrer Kasse als Pflichtmitglied übergetreten und seine Ehefrau am 28. 5. 20 erkrankt, so daß ärztliche Hilfe erforderlich wurde. Daß dies im Anschluß an die am 18. 5. 20 erfolgte Entbindung geschah, ist ohne Belang, da nicht Wochenhilfe (§ 26 Ziff. 2 der Satzung), sondern nur Krankenhilfe (§ 26 Ziff. 1) in Frage steht. Der maßgebende Versicherungsfall ist also eingetreten, nachdem der Versicherte bereits Mitglied Ihrer Kasse geworden war. Da er aber vor Eintritt des Versicherungsfalls weder einen Antrag auf Familienhilfe für seine Angehörigen gestellt noch Zusatzbeiträge bei Ihrer Kasse entrichtet hatte, sind die satzungsmäßigen Voraussetzungen für einen Anspruch an Ihre Kasse nicht erfüllt. Daß der Versicherte einen Antrag auf Familienhilfe bei seiner früheren Kasse gestellt und dort auch noch nach seinem Ausscheiden und über den 18. 5. 20 hinaus Zusatzbeiträge entrichtet hatte, vermochte einen Anspruch gegen keine der beiden Kassen zu begründen.

a) Krankenhauspflege in den Grenzen des Notwendigen. b) Fahrt eines Verletzten in seine Wohnung nicht auf Kosten der Kasse.

10. **Nach Rh.** Antwort: a) Nach Ihrer Sachdarstellung kann die Dringlichkeit des Falles nicht zweifelhaft sein, und die Kasse hat ja auch die vom Vater veranlaßte Überführung des Versicherten in ein Krankenhaus zum Zwecke der Blinddarmoperation auf Ansuchen des Vaters genehmigt, nur mit dem Vorbehalt, daß sie die Kosten nur so weit übernehme, als sie auch bei Unterbringung in einem mit der Kasse in Verbindung stehenden Krankenhaus entstanden wären. Der Vorbehalt war begründet, weil die Kasse, auch wenn sie auf Grund des § 184 RVO. an Stelle der Krankenpflege und des Krankengeldes Krankenhauspflege gewährt, zu dieser Leistung nur in den Grenzen des Notwendigen verpflichtet ist (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 4c zu § 182 und Anm. 1 zu § 371 RVO.). Die Zahlungspflicht der Kasse beschränkt sich daher, wenn die mit ihr in Verbindung stehenden Krankenhäuser tatsächlich auch in Fällen der vorliegenden Art Heilverfahrenskosten, insbesondere auch Operationskosten, nicht besonders berechnen, auf den Pflegesatz dieser Krankenhäuser. Die vom Krankenhausarzt besonders berechneten Operationskosten braucht die Kasse nicht zu bezahlen. Die Kosten für die Fahrt in das Krankenhaus, die zur Erlangung der nach den Umständen des Falles notwendigen Krankenpflege erforderlich war, muß dagegen die Kasse übernehmen (ArbVers. 1918 S. 540 Ziff. 9). Bei der hohen Dringlichkeit des Falles ist es auch nicht zu beanstanden, daß zur Fahrt ein Kraftwagen benutzt wurde.

b) Wenn ein Unfallverletzter nach Empfang der ersten ärztlichen Hilfe mittels eines Wagens in seine Wohnung gebracht wird, so gehören die hierdurch entstehenden Kosten nicht zu den der Kasse zur Last fallenden Kosten der ärztlichen Behandlung (zu vgl. Hahn aaO. Anm. 5c zu § 184 RVO.).

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

Heft 1306 der ganzen Folge.

38. Jahrgang | 1. Februar 1921 | Heft 4

Sterbegeld bei unbefugter Besorgung des Begräbnisses*)?

(Ein Beitrag zur Frage der Anwendung bürgerlichen Rechts auf öffentlich-rechtliche Ansprüche.)

Von Regierungsrat Heine in Hamburg.

Nach § 203 der Reichsversicherungsordnung dient das Sterbegeld zur Bestreitung der Unkosten des Begräbnisses und wird an den gezahlt, der das Begräbnis besorgt hat. Unter Berufung darauf hatte ein Beerdigungsübernehmer anläßlich des im Krankenhause erfolgten Ablebens eines alleinstehenden Versicherten von einer Ortskrankenkasse Sterbegeld gefordert, doch verweigerte sie es ihm mit der Begründung, daß er nicht nur ohne Auftrag, sondern sogar im bewußten Zuwiderhandeln gegen den ihm klipp und klar erklärten Willen der Beteiligten und nach nicht etwa stillschweigendem, sondern ausgesprochenem Verzicht auf den von ihm erschlichenen Auftrag die Beerdigung ausgeführt habe. Der Beerdigungsübernehmer gab sich aber mit der Abweisung nicht zufrieden, sondern erhob Klage; leider ist ja auch in Fällen dieser Art das Verfahren kostenlos. Der Kläger hatte indessen kein Glück, sondern das Versicherungsamt wies ihn mit der Klage ab. Im Streitverfahren stellte sich auf Grund eidlicher Vernehmungen der Standpunkt der Kasse als tatsächlich richtig heraus. Der Kläger — dem das Betreten der Krankenhäuser verboten war — hatte durch Helfershelfer das Ableben des Versicherten erfahren, war sofort zu dessen Wirtin geeilt, der gegenüber er sich der Wahrheit zuwider als Angestellter des Krankenhauses ausgab, und hatte sie veranlaßt, einen Schein zu unterschreiben, wonach sie ihm die Beerdigung übertrug; was sie unterschrieb, war ihr dabei überhaupt nicht klar geworden, wie sie sich denn auch wegen ihrer eigenen Forderungen an den Verstorbenen auf den ihr natürlich nicht genannten „Überschuß" des Sterbegeldes, das ganze 120 ℳ betrug, verweisen ließ. Sie focht aber nach Aufdeckung der Täuschung ihren Auftrag alsbald an, und nach anfänglichen Weiterungen verzichtete der Kläger ausdrücklich auf die übrigens inzwischen im Einverständnis der Wirtin von der Kasse bereits einem anderen Übernehmer übertragene Beerdigung, — um sie dann doch noch auszuführen. Auf Grund dieses einwandfrei festgestellten Sachverhalts wies das Versicherungsamt ihn mit der Klage ab, da als Besorger der Beerdigung im Sinne des § 203 RVO. nur der im Auftrage der Verfügungsberechtigten oder wenigstens nach deren erklärtem oder mutmaßlichem Willen Handelnde angesehen werden könne, niemals aber, wer, wie der Kläger, arglistig entgegen diesem ihm bekannten Willen handele und deshalb vielmehr die Folgen seines arglistigen Verhaltens selbst tragen müsse.

Gegen dieses Urteil legte der Kläger Berufung ein — und hatte Erfolg: Das Oberversicherungsamt, das die tatsächliche Fest-

*) Zu vgl. unten S. 63 die Entsch. des RVA.

Digitized by Google

stellung der ersten Instanz als richtig ansah und insbesondere ausdrücklich erklärte, daß das Verhalten des Klägers gegen die guten Sitten verstieß, hielt dessen Anspruch dennoch für begründet. Die Abweisung durch das Versicherungsamt sei verfehlt, weil sie sich auf Grundsätze des Privatrechts stütze; nach diesen Grundsätzen sei allerdings der Klageanspruch nicht begründet, was unter besonderer Berücksichtigung von Auftrag, Geschäftsführung ohne Auftrag und ungerechtfertigter Bereicherung näher dargelegt wird. Aber diese Grundsätze seien hier gar nicht anwendbar, da es sich um einen rein öffentlich-rechtlichen Anspruch handele; der sei begründet, da die alleinige Voraussetzung, nämlich die tatsächliche Ausführung der Beerdigung durch den Fordernden, erfüllt sei. Aus dem sittenwidrigen Verhalten des Klägers könne die Beklagte kein Recht herleiten, „es sei denn, daß sie auf Grund der allgemeinen Bestimmungen über Schadenersatz mit solchen Ansprüchen gegen den Kläger aufzurechnen vermöchte", aber ein Schaden sei von ihr nicht behauptet worden.

Bei dieser Entscheidung konnte die Beklagte sich nicht beruhigen, sondern legte Revision ein, die indessen verworfen wurde. Das angefochtene Urteil beruhe weder auf der Nichtanwendung noch auf der unrichtigen Anwendung des bestehenden Rechtes noch auf einem Verstoß wider den klaren Akteninhalt, und das Verfahren leide auch nicht an wesentlichen Mängeln, so daß ein Revisionsgrund nicht gegeben sei; insbesondere habe das Oberversicherungsamt mit Recht in dem Kläger den Besorger des Begräbnisses im Sinne des § 203 RVO. gesehen, denn die tatsächliche Besorgung allein rechtfertige seinen Anspruch. Die Befürchtung der Kasse, daß diese Rechtsauslegung das geschäftliche Unwesen gewisser Beerdigungsübernehmer fördern könne, hielt das Reichsversicherungsamt für unbegründet.

Die Entscheidungen des Oberversicherungsamts und des Reichsversicherungsamts dürfen meines Erachtens nicht unwidersprochen bleiben. Was dabei in erster Linie vermißt wird, ist das Eingehen auf die Besonderheit dieses Falles, die in der kaum zu überbietenden Arglist des Klägers liegt. Auch scheint dem Reichsversicherungsamt nicht hinreichend bekannt zu sein, daß auf dem Gebiete des Beerdigungswesens grobe Mißstände bestehen, zu deren Beseitigung sogar die Sozialisierung von denen gefordert wird, die diese Bestrebungen sonst grundsätzlich ablehnen. Zeigt nicht gerade dieser Fall mit einer erschreckenden Deutlichkeit, wie schlimm es dort aussieht? Er liegt gewiß besonders kraß, aber es ist bekannt, daß in vielen großen Krankenhäusern Leichenräuberei dieser Art getrieben wird, ohne daß die Behörden imstande wären, diesem Unwesen wirksam zu steuern, und auch in Fällen, in denen die Beerdigung nicht vom Krankenhaus erfolgt, verstummen die Klagen über das Geschäftsgebaren mancher Beerdigungsübernehmer nicht; es handelt sich da natürlich um Ausnahmen, aber leider nicht um vereinzelte. Wenn nun das Reichsversicherungsamt meint, der Anreiz zu diesem Verhalten werde vermindert durch die Forderung eines strengen Nachweises der Aufwendungen, so ist dem doch entgegenzuhalten, daß, wenn die Beerdigung besorgt ist, dieser Nachweis einfach nicht mehr erbracht werden kann, und daß ein Beerdigungsübernehmer von der Gesinnung des Klägers ganz gewiß nicht davor zurückschrecken wird, seine Auslagen höher anzugeben, als sie tatsächlich waren; der Kläger wird schon die Beerdigung so „würdig" ausgeführt haben, daß er dabei trotz der Geringheit des Sterbegeldes noch recht gut abschnitt. Freilich kann die Rechtsprechung — leider — nicht immer zu einem der Billigkeit entsprechenden Ergebnis kommen, aber in diesem Falle konnte das unbefriedigende Ergebnis vermieden werden, und daß das nicht geschah, ist das Bedauerlichste daran. Das Oberversicherungsamt ist zu seiner Entscheidung gelangt, und das Reichsversicherungsamt ist ihm darin beigetreten aus der Erwägung heraus, daß Grundsätze des Privatrechts unanwendbar seien auf die

Digitized by Google

Ansprüche aus der dem öffentlichen Recht angehörenden Reichsversicherungsordnung. Diese Erwägung geht aber durchaus fehl, und Wissenschaft und Rechtsprechung haben von jeher den entgegengesetzten Standpunkt vertreten. Es ist überflüssig, das im einzelnen nachzuweisen, sondern es mag genügen, auf die diese Frage berührenden Abhandlungen von Hahn in der Einleitung zum Handbuch der Krankenversicherung, 8. Aufl. S. XXXV ff. und der Monatsschrift für Arbeiter- und Angestelltenversicherung, 1. Jahrg. S. 131 ff. zu verweisen: Überzeugend wird dort dargelegt, daß bei Beurteilung von Ansprüchen aus der Reichsversicherungsordnung ein Zurückgreifen auf die Grundsätze des bürgerlichen Rechts einfach unabweisbar ist; die sozialen Gesetze arbeiten in Hunderten von Fällen mit den Begriffen des bürgerlichen Rechts, und auch da, wo nicht ausdrücklich darauf Bezug genommen wird, muß man sie anwenden. Und das tut schließlich ja das Oberversicherungsamt selbst, insofern es in seiner Entscheidung von Schadenersatzansprüchen „auf Grund der allgemeinen Bestimmungen" spricht, denn darunter ist schlechterdings nichts anderes zu verstehen als die Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches, und zwar die über das negative Vertragsinteresse, das allerdings in diesem Falle der Übernehmer, dem dann die Beerdigung übertragen worden war, nicht geltend gemacht hat, so daß die Beklagte auch nicht mit Schadenersatzansprüchen kam. Wie unumgänglich nötig die Anwendung bürgerlichrechtlicher Grundsätze ist, zeigt unser Fall mit nicht zu überbietender Deutlichkeit. Die Beklagte hatte mit vollem Recht die Einrede der Arglist erhoben, und nur deren Nichtbeachtung führte dazu, daß ganz offensichtliches Unrecht gutgeheißen wurde. Es kann keine Rede davon sein, daß die Berufung auf die öffentlich-rechtliche Natur eines Anspruchs dazu sollte führen müssen, eine noch so unbillige Entscheidung zu rechtfertigen. „Jus est ars boni et aequi!" Das heißt in freier Übertragung: „Rechtsprechung ist die Kunst, Sittlichkeit und Billigkeit zur Geltung zu bringen." Dieses Wort gilt nicht nur für das bürgerliche, sondern genau so gut — man ist angesichts der Bedeutung für die Allgemeinheit versucht zu sagen noch viel mehr — für das öffentliche Recht. Ebensowenig, wie arglistiges Verhalten auf dem Gebiete des bürgerlichen Rechts Schutz genießt, wird es geschützt und darf es geschützt werden im öffentlichen Recht, denn andernfalls würde an dessen Stelle im weitesten Umfange öffentliches Unrecht treten. Die hier besprochenen Entscheidungen liefern meines Erachtens dafür den schlagendsten Beweis.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Kann auch der unbefugte Besorger der Beerdigung das Sterbegeld nach § 203 RVO. beanspruchen?

Rev. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 22. Oktober 1920 (2603 Amtl. Nachr. 1920 S. 431).

Der Kläger hat die Beerdigung des als Mitglied der Ortskrankenkasse verstorbenen Schriftsetzers F. ausgeführt, ohne hierzu von den Erben oder von anderer Seite beauftragt worden zu sein. Er verlangt dafür von der Rechtsnachfolgerin, der genannten Kasse, die Bezahlung des 120 *M* betragenden Sterbegeldes auf Grund der Vorschrift des § 203 RVO. Die Beklagte verweigert die Bezahlung mit der Begründung, daß der Kläger ohne Auftrag und ohne sonstige Befugnis, sogar gegen die ausdrückliche Anordnung der Beklagten die Beerdigung ausgeführt habe.

Das Versicherungsamt hat die Klage abgewiesen, weil der Kläger ohne Auftrag der Verfügungsberechtigten und entgegen deren ausgesprochenem Willen gehandelt habe. Das Oberversicherungsamt hat auf die Berufung des Klägers der Klage stattgegeben mit der Begründung, daß dem Kläger als tatsächlichem Besorger des Begräbnisses der Anspruch aus § 203 RVO. zustehe ohne Rücksicht darauf, ob sich dabei eines sittenwidrigen Verhaltens schuldig gemacht habe. — Das Reichsversicherungsamt hat auf Zurückweisung der Revision erkannt aus folgenden Gründen:

Digitized by Google

Insbesondere ist dem Oberversicherungsamt darin beizutreten, daß der Kläger als „Besorger" des Begräbnisses im Sinne des § 203 RVO. anzusehen ist. Nach dieser Vorschrift sind die Kosten des Begräbnisses an denjenigen zu zahlen, der die Beerdigung besorgt hat. Die Besorgung eines Begräbnisses besteht in der Regel darin, daß man durch einen Unternehmer das Begräbnis ausführen läßt. Wenn nun — wie hier unstreitig — ein Beerdigungsunternehmer selbst ohne Auftrag von anderer Seite und auf eigene Rechnung die Beerdigung ausführt, so ist er selbst der Besorger. Nur dieses tatsächliche Besorgen bildet die Voraussetzung des Anspruches auf Erstattung der entstandenen Kosten aus dem Sterbegeld. Eine weitere Voraussetzung ist im Gesetz nicht vorgesehen. Es kommt also nicht darauf an, ob der Besorger Erbe oder Verwandter des Verstorbenen war oder in solchen Beziehungen zu ihm stand, daß er nach der allgemeinen Anschauung berechtigt war, die Sorge für das Begräbnis zu übernehmen. Auch ein Fremder und ein Unternehmer, der lediglich aus geschäftlichem Interesse selbständig das Begräbnis besorgt, hat daher den Anspruch aus § 203 RVO., wenn er nur tatsächlich die Kosten in der von ihm verlangten Höhe aufgewendet hat, was er im Streitfalle zu beweisen hat. Im vorliegenden Fall kann bei dem geringen Betrage des Sterbegeldes die Höhe des Anspruchs nicht streitig sein. Der Besorgnis der Kasse, diese Rechtsauslegung könnte das geschäftliche Unwesen gewisser Beerdigungsunternehmungen fördern, ist entgegenzuhalten, daß Fälle, in denen sich für unbefugte Personen Gelegenheit bietet, eine Beerdigung auszuführen, immerhin zu den Seltenheiten gehören, und daß der Anreiz zu derartigen Geschäften durch das Erfordernis eines strengen Nachweises der tatsächlich entstandenen Auslagen wesentlich herabgesetzt wird.

Rückwirkende Kraft des Gesetzes vom 30. 4. 20 über Wochenhilfe?

Bescheid des Reichsarbeitsministers vom 24. Dezember 1920 (II A. 8062).

Eine Ortskrankenkasse hat folgenden Antrag an den Reichsarbeitsminister gerichtet: „Die Ortskrankenkasse hat an die von ihrem Ehemann getrennt lebende Ehefrau H. aus Anlaß der Niederkunft vom 8. Oktober 1919 Wochenfürsorge gewährt, weil die Frau angab, dauernd von ihrem Ehemann getrennt zu leben und minderbemittelt im Sinne des § 17 des Gesetzes vom 26. 9. 19 (RGBl. S. 1757) zu sein. Die Eheleute H. hatten sich nach den Akten des Ortsarmenverbandes im Januar 1919 völlig getrennt, sie führten getrennten Haushalt, und aus ihrem ganzen Verhalten war die Absicht zu erkennen, das Verhältnis längere Zeit bestehen zu lassen. Die Ortskrankenkasse hat bei der Veranlagungskommission nach § 23 Abs. 3 des bezeichneten Gesetzes Auskunft über das steuerpflichtige Einkommen der Ehefrau H. erbeten und mitgeteilt erhalten, daß deren Veranlagung nicht bekannt sei, dagegen sei der von ihr getrennt lebende Ehemann nach einem Einkommen von 3863 ℳ zur preußischen Einkommensteuer veranlagt. Die von der Ortskrankenkasse weiter angestellte Ermittlung bei dem Gemeindevorstande hat ergeben, daß die Ehefrau H. zur Einkommensteuer nicht veranlagt sei. Nach der Entscheidung des preuß. Oberverwaltungsgerichts in Staatssteuersachen Bd. 11 S. 176 ist die nicht geschiedene, sondern nur dauernd getrennt lebende Ehefrau rechtlich noch Angehörige der ehemännlichen Haushaltung und kann nur von ihrem, der Verfügung des Ehemannes nicht unterliegendem Einkommen veranlagt werden. Aus dieser Entscheidung geht aber auch hervor, daß eine solche selbständige Veranlagung der Ehefrau H. notwendig war, weil sie dauernd von ihrem Manne getrennt lebte, wie dieses in § 10 Abs. 2 des preuß. Einkommensteuergesetzes vom 19. 6. 06 (GS. S. 241, 260) vorgesehen ist. Da der hiesige Gemeindevorstand mitteilte, daß die Frau H. nicht veranlagt sei, so mußte in Verbindung mit der Tatsache, daß Armenunterstützung gewährt wurde, angenommen werden, daß Frau H. steuerpflichtiges Einkommen nicht besitze, so daß die Zahlung der Wochenfürsorge berechtigt erscheint. Hierbei wird noch auf § 17 des Reichsgesetzes über den Unterstützungswohnsitz und auf die dazu ergangene Rechtsprechung des Bundesamtes für das Heimatwesen verwiesen. Es wird zugegeben, daß der auf unseren Einspruch gegen die Entscheidung des Versicherungsamts ergangene Bescheid des Oberversicherungsamts nach der Fassung des § 20 Abs. 2 Ges. v. 26. 9. 19 endgültig ist. Dagegen wird aber geltend gemacht, daß der Reichsarbeitsminister in der 102. Sitzung der Deutschen Nationalversammlung in Berlin vom 18. Oktober 1920 (s. 1. Beilage zum Deutschen Reichsanzeiger vom 20. 10. 20) die Lückenhaftigkeit des vorgenannten Gesetzes schon selbst feststellte und daß in allernächster Zeit eine Abänderung erfolgen solle. Wenn nun das Oberversicherungsamt in seinem ablehnenden Bescheid vom 11. 11. 20 anführt, daß das Getrenntleben von Ehegatten nach der genannten Verordnung nicht berücksichtigt werden könne, so kann es damit sachlich recht haben. Es hat aber übersehen, daß die Ehefrau H. sich tatsächlich in einer viel größeren Notlage befand, als eine mit ihrem Manne zusammenlebende Wöchnerin, deren Einkommen 2500 ℳ nicht überstiegen hat. Die Frau H. wurde zeitweise aus Armenmitteln unterstützt, und es befanden sich bei ihr noch mehrere Kinder. Wenn in solchen Fällen das Einkommen beider Eheleute zusammengerechnet werden soll, so hat das Oberversicherungsamt bei seiner Entscheidung einmal die Vorschrift des § 10 Abs. 2 des preuß. Einkommensteuergesetzes nicht berücksichtigt und das andere Mal den Sinn des Gesetzes vom 26. 9. 19 durchaus verkannt, denn die soziale Gesetzgebung erfordert nicht deren buchstabenmäßige Auslegung, sondern es soll die Absicht des Gesetzgebers bei freier Beurteilung möglichst weitgehend durchgeführt werden. Was nun diese Absicht des Gesetzgebers gewesen ist, das ergibt das Gesetz vom 30. 4. 20 (RGBl. S. 853), worauf sich das Oberversicherungsamt selbst bezieht. Unverständlich ist, daß dieses Gesetz auf den vorliegenden Fall keine Anwendung finden soll, da es erst mit dem Tage der Verkündung in Kraft getreten sei. Wenn ein Minister die Lückenhaftigkeit eines Gesetzes in der öffentlichen Sitzung einer

Digitized by Google

gesetzgebenden Körperschaft rückhaltlos anerkennt und auf sein Betreiben dann an dessen Stelle ein neues, deren Willen (der Körperschaft) Rechnung tragendes Gesetz tritt, dann sind die ausführenden Behörden in weitestgehendem Maße gehalten, das vorherige Gesetz so auszulegen, wie es nach den tatsächlichen, vom Gesetzgeber gewollten Verhältnissen im einzelnen Falle in der Praxis angewendet werden mußte. Die Ortskrankenkasse hat dadurch, daß sie der Ehefrau H. die Wochenfürsorge gewährte, die Absicht des Gesetzes richtig durchgeführt, und es ist nicht einzusehen, daß sie dafür ihre Aufwendungen nicht vom Reiche erstattet haben soll. Es wird daher gebeten, ausnahmsweise mit Rücksicht auf die durch die Lückenhaftigkeit des Gesetzes vom 26. 9. 19 herbeigeführten besonderen Umstände, die Erstattung des Betrages von 220,25 ℳ durch das Reich anzuordnen."

Der Minister lehnte den Antrag ab mit folgender Begründung: Nach dem klaren Wortlaut des § 17 des Gesetzes über Wochenhilfe und Wochenfürsorge in seiner Fassung vom 26. September 1919 war nur zwischen verheirateten und unverheirateten Wöchnerinnen zu unterscheiden. An einer besonderen Vorschrift für solche Wöchnerinnen, die von ihrem Ehemann getrennt lebten, fehlte es. Weil letzterer Umstand zu Unzuträglichkeiten führte, hat das Abänderungsgesetz vom 30. April 1920 den § 17 anders gefaßt. Die Vorschriften der neuen Fassung gelten indessen erst vom Inkrafttreten des neuen Gesetzes ab. Wenn ihnen rückwirkende Kraft auf Fälle hätte gegeben werden sollen, die sich unter der Herrschaft des Gesetzes in seiner ersten Fassung ereignet haben, so hätte dies das Gesetz ausdrücklich aussprechen müssen. Dies ist jedoch nicht geschehen, und zwar entsprechend der allgemeinen Regel der Gesetzgebung, daß neuen Gesetzen eine rückwirkende Kraft wegen der zahlreichen daraus erwachsenden Schwierigkeiten nur in ganz besonderen Ausnahmefällen beizulegen ist. Unter diesen Umständen und gegenüber der Endgültigkeit der Entscheidung des Oberversicherungsamts bin ich zu meinem Bedauern nicht in der Lage, dem Wunsche des Vorstandes stattzugeben.

Anmerkung: Der Bescheid des Ministers konnte nicht anders lauten. Die Ausführungen der Krankenkasse beruhen auf einer Verkennung der Grenzen zwischen den Aufgaben der Gesetzgebung und denen der Verwaltung. Das Gesetz vom 30. 4. 20 hat in dem hier fraglichen Punkte das Gesetz vom 26. 9. 19 nicht etwa maßgebend erläutert („deklariert"), sondern es abgeändert. Für die Zeit vor dem Inkrafttreten der Änderung durften die zur Ausführung des Gesetzes berufenen Stellen, einschließlich des Ministers, das als änderungsbedürftig erkannte Gesetz nicht anders anwenden, als es nach seinem klaren Wortlaut ausgelegt werden mußte. Sonst hätten sie sich den Vorwurf zugezogen, daß sie sich den Beruf des Gesetzgebers anmaßten, indem sie einem neuen Gesetze, entgegen seiner ausdrücklichen Vorschrift (§ 17 Abs. 1 Ges. v. 30. 4. 20), rückwirkende Kraft beilegten.

Änderungen und Ergänzungen des Entwurfs einer Krankenverordnung durch das Versicherungsamt.

Beschluß des **Oberversicherungsamts Berlin** vom 30. Oktober 1920 (J. B. K. 421/20).

Die Allgemeine Ortskrankenkasse hat dem Versicherungsamte den Entwurf einer Krankenordnung zur Genehmigung gemäß § 347 RVO. vorgelegt. Mit der hierauf ergangenen Verfügung hat das Versicherungsamt gewisse Anstände gezogen. Die Kasse hat sich auf Erledigung der Anstände nicht eingelassen, vielmehr dem Versicherungsamte anheimgegeben, die Krankenordnung durch das Oberversicherungsamt gemäß § 347 Abs. 3 RVO. festsetzen zu lassen. Das Versicherungsamt hat die Sache dem Oberversicherungsamt mit der Bitte zur Entscheidung gemäß § 347 Abs. 2 RVO. vorgelegt. Das Oberversicherungsamt hat den Antrag der Kasse als Beschwerde behandelt und diese zurückgewiesen aus folgenden Gründen:

In formeller Beziehung gilt zunächst, daß die Voraussetzungen für die Anwendbarkeit der Bestimmungen in § 347 Abs. 3 RVO. hier nicht vorliegen. Eine Aufforderung des Versicherungsamts an die Kasse, binnen einer bestimmten Frist eine Krankenordnung einzureichen, ist nicht ergangen. Es kommt vielmehr der § 347 Abs. 2 RVO. hier in Anwendung, wonach das Vorgehen der Kasse als Beschwerde gegen die Versagung der Genehmigung seitens des Versicherungsamts anzusehen ist.

In materieller Beziehung ist zu bemerken, daß das Gesetz (§ 347 Abs. 2 RVO.) ganz allgemein von Genehmigung spricht, ohne dabei irgendwelche Einschränkungen zu machen. Es liegt also bei der Krankenordnung anders, wie beispielsweise bei der Satzung, bei der gemäß § 324 Abs. 2 RVO. die Genehmigung nur dann versagt werden darf, wenn sie, die Satzung, den gesetzlichen Vorschriften nicht genügt. Es muß hiernach dem Versicherungsamte die Befugnis zur Vornahme jedweder Änderung eines zur Genehmigung vorgelegten Krankenordnungsentwurfs zugesprochen werden, wofern nur dadurch Fehler ausgemerzt oder mindestens Verbesserungen, gleichgültig welcher Art, herbeigeführt werden und es sich bei den Maßnahmen nicht um offensichtliche Schikane handelt. Von diesen Gesichtspunkten aus ist aber gegen die vom Versicherungsamt im Laufe des Verfahrens geforderten Änderungen, auf deren Einzelheiten hier nicht weiter eingegangen zu werden braucht, nichts einzuwenden. Es steht dem also nichts im Wege, daß die Änderungen, mit den in dem erwähnten Schriftsatze des Versicherungsamts vom 29. Mai 1920 niedergelegten Maßgaben, vorgenommen werden. Der Beschwerde war deshalb der Erfolg zu versagen. Diese Entscheidung ist gemäß § 347 Abs. 2 RVO. endgültig.

Anmerkung: Der Rechtsauffassung des Oberversicherungsamts ist beizutreten, soweit dem Versicherungsamt die Befugnis, Änderungen und

Digitized by Google

Ergänzungen der Krankenordnung anzuordnen, zugesprochen ist. Diese Befugnis ist im § 347 Abs. 3 Satz 2 RVO. vorausgesetzt. Daher kann das Versicherungsamt auch die Genehmigung der Krankenordnung von der Aufnahme gewisser Änderungen und Ergänzungen abhängig machen. Auch das ist richtig, daß eine solche Verfügung als Versagung der Genehmigung nach § 347 Abs. 2 zu behandeln und daß die Versagung keineswegs — wie dies für die Satzung gilt — nur dann statthaft ist, wenn die Krankenordnung den gesetzlichen Vorschriften nicht genügt. Die Genehmigung kann auch aus Gründen der Zweckmäßigkeit versagt, also auch von der Aufnahme zweckmäßiger Änderungen abhängig gemacht werden. Dies will wohl das Oberversicherungsamt ausdrücken, wenn es sagt, daß das Versicherungsamt zu „jedweder" Änderung des zur Genehmigung vorgelegten Entwurfs befugt sei, „wofern nur dadurch Fehler ausgemerzt oder mindestens Verbesserungen herbeigeführt werden". Änderungen, die dieser Anforderung genügen, sind eben zweckmäßig und beruhen nicht auf „offensichtlicher Schikane". Die Zweckmäßigkeit der vom Versicherungsamt verlangten Änderungen unterlag aber im Beschwerdeverfahren der Nachprüfung des Oberversicherungsamts, und in dieser Hinsicht läßt die Entscheidung zu wünschen übrig, wenn sie meint, es brauche nicht auf die Einzelheiten der geforderten Änderungen eingegangen zu werden. Die Kasse hatte ein dringendes Interesse, zu erfahren, daß und inwiefern der von ihr vorgelegte Entwurf unter dem Gesichtspunkte der Zweckmäßigkeit nicht annehmbar war und deshalb jener Änderungen und Ergänzungen bedurfte, deren Anordnung durch das Versicherungsamt doch einen starken Eingriff in das Selbstbestimmungsrecht der Kasse darstellt.

„Versicherungsfrei" im Sinne des § 205a RVO. bedeutet „nicht versicherungspflichtig".

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** (1. Rev. Sen.) vom 7. Dezember 1920.

Die Ehefrau des Konditors O. ist am 6. Oktober 1919 entbunden worden. Sie war freiwilliges Mitglied der Allgemeinen Ortskrankenkasse, hatte aber die Voraussetzungen, an die der § 195a RVO. in der Fassung des Gesetzes vom 26. September 1919 (RGBl. S. 1757) den Anspruch auf Wochenhilfe knüpft, nicht erfüllt. Ihr Ehemann war gleichzeitig versicherungspflichtiges Mitglied der bezeichneten Kasse. Er hat von der Krankenkasse auf Grund des § 10 des genannten Gesetzes über Wochenhilfe und Wochenfürsorge folgende Leistungen begehrt: 1. 50 ℳ als Beitrag zu den Kosten der Entbindung, 2. ein tägliches Wochengeld in Höhe von 1,50 ℳ vom 6. Oktober 1919 ab für die Dauer von 10 Wochen, 3. Stillgeld in Höhe von 75 Pf. täglich vom 6. Oktober 1919 ab auf die Dauer von 12 Wochen. Für den Fall, daß ein solcher Anspruch ihm nicht zustehe, hat er sich noch auf § 17 des bezeichneten Gesetzes berufen und angeführt, daß seine Ehefrau als minderbemittelte Wöchnerin anzusehen sei. Die Ortskrankenkasse hat die Höhe des Anspruchs an sich nicht bestritten, aber die Begleichung der geforderten Beträge abgelehnt, weil die Ehefrau O. bis zu ihrer Niederkunft selbst versichert gewesen sei. Das Versicherungsamt hat durch Vorentscheidung seines Vorsitzenden vom 28. November 1919 die Kasse verurteilt, den Betrag von 171,50 ℳ an O. zu zahlen.

Gegen diese Entscheidung hat die Kasse rechtzeitig beim Oberversicherungsamt Berufung eingelegt mit dem Antrag, die angefochtene Entscheidung aufzuheben und den Anspruch abzuweisen, gegebenenfalls die Sache gemäß § 1693 Abs. 1 RVO. an das Reichsversicherungsamt zur grundsätzlichen Entscheidung abzugeben. Diesem Antrag hat das Oberversicherungsamt (Spruchkammer) in seiner Sitzung vom 27. Februar 1920 entsprochen und sich in seiner gutachtlichen Äußerung dahin ausgesprochen, daß die Berufung unbegründet sei.

Die Abgabe war gerechtfertigt. Das Reichsversicherungsamt ist der Auffassung der Vorinstanzen beigetreten. Wie das Reichsversicherungsamt inzwischen in der grundsätzlichen Entscheidung vom 27. Oktober 1920 — K E 113/20 —*) mit eingehender Begründung dargelegt hat, ist versicherungsfrei im Sinne des § 205a RVO. in der Fassung des Gesetzes vom 26. September 1919 gleichbedeutend mit nicht versicherungspflichtig. Hiernach ist der erhobene Anspruch auf Grund des § 205a in der Fassung des § 10 des mehrfach bezeichneten Gesetzes begründet. Die Berufung war daher zurückzuweisen.

Regelung der Beitragspflicht beim Übergang von Mitgliedern einer aufgelösten Krankenkasse.

Bescheid des **städt. Versicherungsamts München** vom 14. Dezember 1920.

Der bei Auflösung einer Krankenkasse erfolgende Übergang der versicherungspflichtigen Mitglieder auf die zuständigen Krankenkassen bedingt kein Ausscheiden aus dem Beschäftigungsverhältnis. Die übergehenden Mitglieder setzen vielmehr, wie § 300 Abs. 1 Satz 3 RVO. sagt, „ihr Versicherungsverhältnis unmittelbar fort". Die Bestimmungen des § 397 RVO. über die Beitragsentrichtung bei einem Ausscheiden aus der Beschäftigung und die hierauf gestützten Satzungsbestimmungen können daher hier keine Anwendung finden.

Bei Beurteilung der Frage, wie sich die Beitragsentrichtung in diesen Fällen gestaltet, muß vielmehr auf die Natur der Beiträge zurückgegangen werden. Die Beiträge sind in Prozenten des Grundlohnes zu bemessen (§ 385 Abs. 1 RVO.); der Grundlohn selbst richtet sich nach dem Tagesentgelt (§ 180 RVO. in der Fassung des § 1 des Gesetzes vom 30. April 1920, RGBl. S. 769). Wenn daher die Beiträge auch für volle Wochen erhoben und zurückgezahlt werden können (§ 397 Abs. 4 RVO.), so sind sie doch, wie auch aus ihrem Korrelat, dem täglichen Krankengeld (§ 182 Ziff. 2 RVO.) sich ergibt, keine wöchentliche, sondern eine tägliche Leistung. Die Einräumung der wöchentlichen Erhebung ist nur eine im Interesse der leichteren Abwicklung der Geschäfte den Krankenkassen zugestan-

*) Diese Entscheidung, die die eingehende Begründung enthält (Nr. 2604 Amtl. Nachr. 1920 S. 431), werden wir in einem der nächsten Hefte mitteilen.

Digitized by Google

dene Vergünstigung (vgl. Reichstagsdrucksachen Bd. 122 S. 911), die aber nie zu einer sachlichen Erweiterung der Befugnisse der Kassen hinsichtlich der Beitragserhebung führen darf (vgl. Entsch. des RVA. 1789 vom 30. Oktober 1913 und 2298 vom 14. Oktober 1916 in Amtl. Nachr. 1913 S. 830, 1916 S. 811). Demnach muß in dem Falle, in welchem eine Krankenkasse durch Auflösung oder Schließung zu bestehen aufhört und ihre Mitglieder ohne weiteres auf die vorhandene zuständige Kasse übergehen, diesem Grundcharakter der Beitragsleistung gemäß der aufgelösten oder geschlossenen Kasse die Beitragserhebung nach ihrer Satzung nur bis zum Tage der Schließung oder Auflösung, der aufnehmenden Kasse aber die Erhebung nach ihrer Satzung vom Tage der Aufnahme ab zugebilligt werden. Soweit dann der Tag der Auflösung oder Schließung der Kasse sich nicht mit dem Wochenende deckt, kommen in dieser Woche nur Teilbeiträge, anteilsmäßig auf die Tage der einschlägigen Kassenzugehörigkeit umgelegt, zur Erhebung. Daran ändert auch der Umstand nichts, daß u. U. die aufgelöste oder geschlossene Kasse nach ihrer Satzung für die Austrittswoche Beiträge überhaupt nicht mehr erhebt, umgekehrt aber die aufnehmende Kasse für die Eintrittswoche volle Wochenbeiträge vorsieht. Denn es kann, wie bereits erwähnt, in den Fällen des § 300 RVO. weder von einem Austritt aus einer Kasse, noch von einem Eintritt in eine solche, sondern nur von einem Übertritt von Kasse zu Kasse gesprochen werden; die für den Eintritt in ein Beschäftigungsverhältnis bzw. für den Austritt aus einem solchen vorgesehenen Satzungsbestimmungen können daher überhaupt nicht Platz greifen.

Nun dürfen aber Beiträge nach der wiederholt ausgesprochenen grundsätzlichen Rechtsanschauung des Reichsversicherungsamtes nur für Arbeitstage erhoben werden (Entsch. 1788 vom 30. Oktober 1913 und 2213 vom 15. April 1916 in Amtl. Nachr. 1913 S. 829, 1916 S. 553), wie ja auch Krankengeld als Regelleistung nur an Arbeitstagen zu zahlen ist (vgl. Rev.-Entsch. des RVA. 2142 vom 13. November 1915 und 2245 vom 23. Mai 1916 in Amtl. Nachr. 1916 S. 344, 626). Daraus folgt, daß die geschlossene oder aufgelöste, wie auch die aufnehmende Kasse, wenn in die der Schließung oder Auflösung vorangehenden oder in die der Aufnahme folgenden Tage der maßgebenden Woche ein Sonn- oder Feiertag fällt, für diese Tage Beiträge nicht berechnen dürfen. Da die Beitragswoche immer von Montag bis Sonntag einschließlich läuft (vgl. Entsch. 2213 Amtl. Nachr. 1916 S. 553, hier vor allem S. 555, Zeile 6 von oben), so wird dies für die aufnehmende Kasse hinsichtlich eines Tages, des Sonntags, jederzeit gelten, es sei denn, daß für die in Betracht kommenden Versicherungspflichtigen auch der Sonntag nach der allgemeinen Regel ihres Gewerbes, des Betriebs oder überhaupt nach der Art ihrer versicherungspflichtigen Beschäftigung Arbeitstag ist (vgl. Grundsätzl. Rev.-Entsch. 2142 vom 13. November 1915 in Amtl. Nachr. 1916 S. 344).

Die Bayer. Militär-Krankenkasse wird nun mit Ablauf des Freitags, des 31. Dezember 1920, aufgelöst. Mit Samstag, den 1. Januar 1921, gehen ihre Mitglieder auf die Allg. Ortskrankenkassen bzw., wo solche nicht vorhanden sind, auf die Landkrankenkassen der jeweiligen Beschäftigungsstelle über. Der 1. Januar 1921 ist Neujahr d. i. ein gesetzlicher Feiertag; der 2. Januar 1921 ist ein Sonntag. Beide Tage sind für die Mitglieder der Militär-Krankenkasse der Regel nach keine Arbeitstage. Die aufnehmenden Krankenkassen können daher für diese Tage keine Beiträge erheben, sind jedoch bei an diesen Tagen eintretenden Krankheitsfällen gemäß §§ 300, 212 RVO. zur Leistung der Krankenpflege, aber nicht auch, von entgegenstehenden Satzungsbestimmungen abgesehen, zur Leistung des Krankengeldes verpflichtet. Der Bayer. Militär-Krankenkasse anderseits stehen für die Auflösungswoche die Beiträge für fünf Tage (Montag, den 27. bis Freitag, den 31. Dezember 1920) d. i. zu ⅝ des üblichen Wochenbeitrages zu.

B. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Lösung des Arbeitsverhältnisses durch Streik?

Schiedsspruch eines Schlichtungsausschusses beim Reichsarbeitsministerium vom 30. September 1920 (RArbBl. S. 143).

In einem Gewerbe war auf Anordnung der Arbeitnehmerorganisation der Streik beschlossen, der mehrere Wochen dauerte und durch Abschluß eines Tarifvertrages beendet wurde. Einige Gehilfen, die ohne Innehaltung der in ihren Einzelarbeitsverträgen vereinbarten Kündigungsfrist in den Streik getreten waren, verlangten die Weiterbeschäftigung bei ihren früheren Arbeitgebern, indem sie geltend machten, daß durch den Streik das Arbeitsverhältnis nicht gelöst sei. Die Arbeitgeber stellten sich auf den Standpunkt, daß das Arbeitsverhältnis durch den Streik, zum mindesten aber durch die gemäß § 123 Ziff. 3 der Gewerbeordnung ausgesprochene Kündigung fristlos erloschen sei, und lehnten die Wiedereinstellung ab.

Das Reichsarbeitsministerium hat mit Rücksicht auf die grundsätzliche Bedeutung der zu entscheidenden Fragen die Durchführung des Schiedsverfahrens gemäß § 22 Abs. 2 der Verordnung vom 23. Dezember 1918 übernommen und in dem Schiedsspruch die Beschwerden wegen unberechtigter fristloser Kündigung zurückgewiesen, und zwar mit folgender Begründung:

Eine rechtliche Grundlage für die Annahme, daß Streik einen Arbeitsvertrag von selbst beendige, ist nach Auffassung des Schlichtungsausschusses nicht

Digitized by Google

vorhanden, dagegen ist in dem Eintritt in den Streik, entgegen den Pflichten aus dem Einzelarbeitsvertrag, ein unbefugtes Verlassen der Arbeit zu erblicken. Ein solches unbefugtes Verlassen liegt nicht nur dann vor, wenn der Arbeitnehmer in der Absicht, nicht zurückzukehren, die Arbeit verläßt, sondern auch dann, wenn er, wie hier bei dem Streik, die Absicht hat, nach Erlangung besserer Löhne und Arbeitsbedingungen die Arbeit im alten Betriebe wieder aufzunehmen. Dieses Verlassen wird nicht dadurch „befugt", daß der Streik von der Organisation angeordnet ist. Die Zugehörigkeit zur Organisation und die Ausübung des Koalitionsrechtes entbindet nach geltendem Recht nicht von den Pflichten aus dem privaten Dienstvertrag. Das Verlassen der Arbeit ist daher nicht befugt und gibt dem Arbeitgeber das Recht zur sofortigen Kündigung, das er aber nach § 123 Abs. 2 der Gewerbeordnung nur binnen einer Woche nach Kenntnis der zugrundeliegenden Tatsachen ausüben kann. Diese Frist beginnt mit dem Verlassen der Arbeit.

Zur Haftung des Arbeitgebers für eingebrachte Arbeiterkleidung.

Urteil des **Oberlandesgerichts Hamm** vom 29. Oktober 1920 (2 U. 205/19).

... Während das Gesetz bei dem Gastaufnahmevertrage dem Gastwirte die Haftung für den Verlust der eingebrachten Sachen des Reisenden als Regel auflegt (§ 701 BGB.), gibt es beim Dienstvertrage nur Schutzvorschriften im Interesse des Lebens und der Gesundheit des Arbeiters (§ 618 BGB.), ohne eine Haftung des Arbeitgebers für eingebrachte Arbeiterkleidung auszusprechen. Auch die Gewerbeordnung (§ 120a) verpflichtet den Gewerbeunternehmer zur Regelung des Betriebes, Einrichtung von Räumen usw. nur zum Zwecke des Schutzes des Arbeiters gegen Gefahren für Leben und Gesundheit, ebenso die für den Betrieb der Beklagten geltende Bergpolizeiverordnung des Oberbergamts Dortmund vom 1. Januar 1911 (Reg.-Amtsblatt Arnsberg 1911, Beilage zu Stück 7 vom 17. Februar 1911), welche die Vorschriften über die Einrichtung der Mannschaftskauen (§§ 345 bis 349) unter der Überschrift: „XIV 4: Maßnahmen und Einrichtungen zum Schutze der Gesundheit" bringt und es anscheinend geflissentlich vermeidet, über die in jeder Mannschaftskaue vorhandene Kleiderablage zu reden. Fehlt es hiernach an einer ausdrücklichen Fürsorge des Gesetzgebers für die von dem Arbeiter auf dem Wege zur Betriebsstätte getragene, für die Arbeitszeit abgelegte Kleidung, so hat doch die Verkehrsnotwendigkeit dazu geführt, daß in vielen größeren, auch in kleineren gewerblichen Betrieben eine Kleiderfürsorge durch den Arbeitgeber tatsächlich ausgeübt wird. Insbesondere ist dies im Bergwerksbetriebe — und zwar überall — der Fall; es gibt keine Mannschaftskaue, in welcher nicht von der Zeche hergestellte und unterhaltene Einrichtungen zur Aufnahme der abgelegten Arbeiterkleidung bestünden, weil es keinen Bergmann gibt, der nicht vor dem Einfahren die auf dem Wege zur Zeche benutzte Straßenkleidung ablegte und gegen die Gruben- oder Arbeitskleidung umtauschte.

Es fragt sich, ob und welche rechtliche Verpflichtungen die Zeche gegenüber ihren Arbeitern dadurch übernimmt, daß sie — dieser Verkehrsnotwendigkeit sich anpassend — in der Kaue die bekannte Vorrichtung zur Aufnahme und Sicherung der abgelegten Kleider anbringt und sie den Arbeitern zur Benutzung überläßt.

Die Annahme, daß zwischen der Zeche und dem seine Kleider einbringenden Bergmann ein Verwahrungsvertrag — § 688 BGB. — abgeschlossen werde mit der Folge, daß im Zweifel die Zeche die Unmöglichkeit der Rückgabe der Kleider zu vertreten habe — § 282 BGB. — ist abzulehnen. Die Zeche überläßt lediglich dem Bergmann die Benutzung der Kaue und der zur Aufnahme der Kleider dienenden Aufzugvorrichtung, ohne daß aber die Kleider ihr „übergeben" würden; sie prüft nicht, welche Gegenstände der einzelne ablegt, und nimmt sie nicht in Besitz; der Bergmann bleibt Besitzer der in der Kaue zurückgelassenen Sachen, auch wenn er durch seine Beschäftigung im Betriebe zeitweilig an der Einwirkung auf sie behindert ist; die Zeche übernimmt es nicht, die Gegenstände „aufzubewahren"; es fehlt ihr der Aufbewahrungswille, und sie tritt auch zu den Sachen nicht in eine solche körperliche Beziehung, daß sie als „Verwahrer" derselben zu bezeichnen wäre.

Anderseits geht es nicht an, jede rechtliche Verpflichtung der Zeche gegenüber dem Bergmann zu verneinen. Vielmehr ist anzunehmen, daß der Zeche eine gewisse Fürsorge- und Überwachungspflicht hinsichtlich der in der Kaue abgelegten Sachen obliegt als unentgeltliche neben den Pflichten aus dem Dienstvertrage bestehende Nebenleistung, zu welcher sie kraft einer stillschweigend mit dem Arbeiter getroffenen Vereinbarung rechtlich verpflichtet ist; § 241 BGB. Die hiergegen geltend gemachten rechtlichen Bedenken sind nicht stichhaltig. Alle in das Rechtsleben eingreifenden Vorgänge sind bei der Prüfung ihrer Bedeutung nach Treu und Glauben unter Berücksichtigung der Verkehrssitte zu beurteilen; vgl. § 157 BGB. Zum Beweise einer rechtlich bindenden Vereinbarung dienen nicht nur mündliche oder schriftliche Erklärungen der Beteiligten, vielmehr auch ihr in die äußere Erscheinung tretendes Verhalten, und es ist zulässig, aus diesem Verhalten bei Würdigung der Umstände zurückzuschließen auf das, was die Beteiligten übereinstimmend wollen. Die Tatsache des allgemeinen Bestehens der durch Gesetz oder ausdrückliche Abrede nicht geforderten Einrichtung und die Tatsache der in fortdauernder

Digitized by Google

gleichmäßiger Übung erfolgenden Benutzung dieser Einrichtung durch die Belegschaftsmitglieder rechtfertigt den Schluß, daß die Zechen mit dieser Einrichtung und der Gewährung ihres Gebrauchs nicht etwa den Arbeitern einen Gefälligkeitsdienst erweisen, eine Wohltätigkeitsveranstaltung treffen wollen, deren Leistung oder Nichtleistung von ihrer Willkür abhinge. Es handelt sich dabei vielmehr um eine durch die Verkehrsnotwendigkeit gebotene Leistung der Zechen, die, wie nicht zu bezweifeln, von seiten der Belegschaft als ihr Recht beansprucht wird. Wer sich der schutzbedürftigen Forderung eines anderen anpaßt und fortgesetzt stillschweigend fügt, würde wider die Verkehrsmoral verstoßen, wenn er seine Leistung als rechtlich nicht geschuldet und in seinem freien Belieben stehend hinstellen wollte. Das Vorhandensein der Einrichtung und die stetige Gebrauchsüberlassung sind mithin als der Ausdruck des auf seiten der Zechen unausgesprochenen vorhandenen Bindungswillens und als Anerkenntnis des gegenüberstehenden Anspruchs der Arbeiter zu bewerten. . . .

Bei der Erfüllung der Verpflichtung, nach Maßgabe der bestehenden Einrichtung die Fürsorge für die Kleidungsstücke auszuüben, haben die Zechen nach allgemeinen Grundsätzen — § 276 BGB. — Fahrlässigkeit zu vertreten und dem Beschädigten für den durch ihr Verschulden entstandenen Schaden aufzukommen. Der Beschädigte hat die Behauptungs- und Beweislast dafür, daß die Zeche die Verkehrssorgfalt außer acht gelassen und dadurch den Schaden verursacht hat (vgl. R. G. Z. 66, 291). Führt er den Beweis nicht, so fällt der Schaden in das Gebiet des Zufalls, für den die Zeche nicht haftet. — Daneben hat auch der Arbeiter, welcher sich der von der Zeche angebotenen Anlage bedient, selber auf die Sicherung seines Eigentums nach den Anforderungen der Verkehrssorgfalt bedacht zu sein, und eine ihm in dieser Beziehung zur Last fallende Fahrlässigkeit würde unter Umständen gegen ihn die Einrede des mitwirkenden Verschuldens begründen; § 254 BGB. Namentlich wird er, nachdem er die Kleider in die Höhe gezogen, die den unteren Teil der Aufzugschnur bildende Kette gegen die Gefahr des Abstreifens von den Schnurstiften dadurch zu schützen haben, daß er ein genügend sicheres Schloß um die Kette legt, den Schloßbügel durch die Öse des Schnurstiftes oder durch den an der Kette vorhandenen Ring oder durch die Maschen der Kette steckt — das Schloß abzieht (abschließt) und den Schlüssel an sich nimmt. Die häufig beobachtete Tatsache, daß der Bergmann seine Aufzugvorrichtung ungesichert läßt, indem er überhaupt kein Schloß anwendet oder das angelegte Schloß nicht abschließt, wird in der Regel als grober Verstoß gegen die Verkehrssorgfalt zu gelten haben.

(Zu den Rechtsausführungen vgl.: Seuff. Arch. Bd. 58 — 1902 — Nr. 30 S. 55; Leipz. Zeitschr. Bd. 13 — 1919 — Sp. 919; „Gewerbe- und Kaufmannsgericht" Jahrg. 24 — 1919 — Sp. 26; dass. Jahrg. 23 — 1918 — Sp. 185; „Gesetz und Recht" Jahrg. 21 — 1920 — S. 121.)

Nach dem Gesagten ist es nicht Sache der Beklagten, zu beweisen, daß der Schaden des Rechtsvorgängers des Klägers auf einem von ihr nicht zu vertretenden Umstande beruhe, vielmehr hat der Kläger darzulegen, daß und inwieweit die Beklagte ihre Fürsorge und Überwachungspflicht schuldhaft verletzt und so den Schaden des Sch. verursacht habe. Sch. fand, als er am 4. März 1919 nach der Frühschicht die Kaue betrat und seine Aufzugvorrichtung herabließ, seine Kleidungsstücke nicht mehr vor; das angeblich angelegte und abgeschlossene Schloß war entfernt und nicht zu finden. Es scheint, daß Sch. nach Beendigung der Schicht nicht mit der ersten Seilfahrt zutage befördert ist, und daß vor ihm schon eine Anzahl Leute aus derselben Schicht die Kaue betreten haben. Im übrigen hat der Kläger nähere Angaben darüber, wann und wie der Diebstahl ausgeführt wurde, nicht machen können. Es ist außer Streit, daß die Kleiderablage, welche die Beklagte ihren Bergleuten zur Verfügung stellt, die allgemein gebräuchliche ist. Ebenso ist unstreitig, daß die Beklagte die Kaue unter Verschluß und Aufsicht gehalten und nur für den Schichtwechsel wieder geöffnet hat. Anscheinend ist der Diebstahl während des Schichtwechsels und von jemand verübt, welcher früher als Sch. aus der Grube ausfuhr und die Kaue vor Eintritt des Bestohlenen benutzte..... Dem Kläger kann nicht darin gefolgt werden, daß die Nichtbeachtung der Bowinkelschen Vorschläge schlechthin ein Verschulden der Beklagten darstelle. Daß eine Einrichtung ihre Mängel hat und durch eine vollkommenere ersetzt werden kann, macht ihr Bestehenlassen nicht unter allen Umständen zu einer schuldhaften Handlung, und die Unterlassung der Verbesserung ist nicht in jedem Falle ein Mangel an Verkehrssorgfalt. (R. G. in „Recht" 1910 Nr. 2167; 1912 W. 376; 1914 W. 2240.) Das wird besonders dann zu gelten haben, wenn der bestehende Zustand jahrelang unbeanstandet ertragen ist. Grundsätzlich ist auch hinsichtlich der Zechenkauen daran festzuhalten, daß nicht jede Unterlassung einer Vervollkommnung der Kleiderablage den Zechen zum Vorwurf gereicht, daß die Unterlassung vielmehr nur dann schuldhaft ist, wenn die Änderung geeignet ist, Kauendiebstähle zu verhüten oder doch wesentlich zu erschweren und ihre Einführung im Rahmen der bestehenden Einrichtung bleibt, so daß das Verlangen der Neuerung nicht unbillig erscheint. Prüft man hiernach die von dem Bergrat Bowinkel befürworteten Herstellungen, so kann in deren Nichtausführung keine Fahrlässigkeit der Beklagten gefunden werden...

Digitized by Google

Sprechsaal.

Ruhen der Unfallrente bei Rentenempfängern in an Polen abgetretenen Landesteilen?

In dem letzten Absatz des Aufsatzes im Jahrgang 1920 S. 709 wird die Ansicht vertreten, daß die nach dem 1. Januar 1908 in die an Polen gelangten Gebiete verzogenen Reichsangehörigen und ihre Nachkommen als Inländer im Sinne des § 615 Ziff. 2 RVO. zu betrachten seien, solange sie nicht die Genehmigung des polnischen Staates zur Annahme der polnischen Staatsangehörigkeit erlangt hätten. Meines Erachtens kann dem Sinne nach und nach dem Zwecke, der mit dem Art. 91 seitens der Polen erreicht werden sollte, dieser Ansicht nicht ohne Einschränkung beigetreten werden.

Der Art. 91 wollte jedenfalls zum Ausdruck bringen, daß alle in den Polen zuerkannten Gebieten altangesessenen Bewohner mit dem Übergang der Gebiete an Polen auch ohne weiteres polnische Staatsangehörige wurden. Er wollte aber verhindern, daß ohne Genehmigung der polnischen Regierung auch solche Einwohner dieser Gebiete ohne weiteres die polnische Staatsangehörigkeit erwarben, die noch nicht längere Zeit in diese Gebiete aus andern rein deutschen Provinzen zugezogen waren. Mit Rücksicht auf diese Einwohner wurde der Abs. 2 des Art. 91 geschaffen.

Der Abs. 2 des Art. 91 sollte deshalb seitens der Berufsgenossenschaften nur auf solche in Polen wohnenden Rentenberechtigten angewandt werden, die nach dem 1. Januar 1908 aus andern Teilen des Deutschen Reiches erstmalig zugezogen sind, nicht aber auf Personen, die in den jetzt polnischen Landesteilen altangesessen waren, zwecks Aufnahme von Arbeit in andere deutsche Landesteile verzogen und dann, nachdem sie Unfallrentenempfänger geworden waren, wieder ihren Wohnsitz in ihre eigentliche Heimat verlegten. Diese werden wohl zweifellos auch von den polnischen Behörden als unter die Bestimmung des Abs. 1 des Art. 91 fallend angesehen werden.

Meine Auffassung wird auch durch den Abs. 3 des Art. 91 gestützt. Hiernach dürfen die deutschen Reichsangehörigen von über 18 Jahren, die ihren Wohnsitz in einem der Polen zuerkannten Gebiete haben, während einer Frist von zwei Jahren nach Inkrafttreten des Friedensvertrages für die deutsche Reichsangehörigkeit optieren. Nach Inkrafttreten des Friedensvertrages sind aber nach Abs. 1 des Art. 91 die deutschen Reichsangehörigen, die ihren Wohnsitz in den Polen zuerkannten Gebieten haben, ohne weiteres polnische Staatsangehörige geworden und haben die deutsche Reichsangehörigkeit verloren. Diese können also, da sie keine deutschen Reichsangehörigen mehr sind, nicht für die deutsche Reichsangehörigkeit gemäß Abs. 3 optieren. Es bleiben demnach nur die unter Abs. 2 des Art. 91 fallenden deutschen Reichsangehörigen oder ihre Nachkommen, die ihren Wohnsitz nach dem 1. Januar 1908 in diese Gebiete verlegt haben. Für diese ist aber die Bestimmung des Abs. 3 gar nicht nötig; denn sie können ja die polnische Staatsangehörigkeit nur mit besonderer Erlaubnis des polnischen Staates erwerben. Sie bleiben also deutsche Reichsangehörige, wenn sie diese Erlaubnis nicht nachsuchen. Der Abs. 3 des Art. 91 hätte demnach überhaupt nur dann Sinn und Zweck, wenn sämtliche Einwohner der Polen zuerkannten Landesteile als Polen angesehen werden.

Diese nach Analogie anderer Stellen des Friedensvertrages vielleicht gewollte Unklarheit des Art. 91 aber sollte den Trägern der deutschen Unfallversicherung und den rechtsprechenden Organen Veranlassung geben, diese Bestimmungen zugunsten der deutschen Versicherungsträger auszulegen. Dies um so mehr, als das Ministerium der ehemals preußischen Landesteile in Posen sich bereit erklärt hat, die Unfallrenten bis zur endgültigen Regelung der Frage, zu Lasten welchen Staates die Zahlung zu erfolgen hat, weiterzuzahlen (vgl. Schreiben der Dyrekcja Poczt in Posen vom 7. März 1920, II H 1 a) und deshalb angenommen werden muß, daß die jetzt polnischen Rentenberechtigten die Rente weitererhalten. Aber auch wenn diese Annahme nicht zutrifft, so können die Rentenberechtigten ihre Ansprüche auf Grund des Art. 312 Abs. 2 des Friedensvertrages gegen den polnischen Staat geltend machen.

Tatsächlich sind mir aber eine ganze Anzahl Fälle folgender Art bekannt geworden. Arbeiter, die in den hier in Frage kommenden Landesteilen ihren Wohnsitz hatten und deren Familien dort bodenständig waren, zogen in das westliche Industriegebiet, um auf den dortigen Steinkohlengruben Arbeit zu nehmen. Sie erlitten einen Unfall, der sie mehr oder weniger erwerbsunfähig machte, und verlegten dann ihren Wohnsitz wieder in ihre ursprüngliche Heimat. Die zuständige Berufsgenossenschaft hat hier den § 615 Abs. 3 RVO. angewandt, weil es sich nach ihrer Ansicht in diesem Falle um Personen handelt, die unter Art. 91 Abs. 1 des Friedensvertrages fallen. Das Oberversicherungsamt dagegen wendet auf die in Frage kommenden Personen den Abs. 2 des Art. 91 an und hat demgemäß die Berufsgenossenschaft zur Weiterzahlung der Rente verurteilt.

Ich bin der Überzeugung, daß eine Rechtsprechung, wie sie in diesen Fällen von dem Oberversicherungsamt zuungunsten des deutschen Versicherungsträgers erfolgt ist, von keinem Gericht in einem der uns früheren feindlichen Staaten unter gleichen Verhältnissen geschehen wäre. Die Unklarheiten des Art. 91 würden zweifellos zugunsten der Versicherungsträger des betreffenden Landes ausgelegt worden sein.

Bergrat Losch in Saarbrücken, Verw. Direktor der Sekt. I der Knappsch. Berufsgenossensch.

Anm.: Wir würden eine Rechtsprechung, die mit hinreichender Überzeugungskraft die vorstehend vertretene einschränkende Auslegung des Art. 91 Abs. 2 des Friedensvertrages annähme, im Interesse der deutschen Versicherungsträger begrüßen. Einstweilen können wir aber im Wortlaut des Abs. 2 keinen Anhalt und im Abs. 3 keine Stütze für die einschränkende Auslegung finden. Dieser Abs. 3 ist, wie uns scheint, in der vorstehenden Ausführung mißverständlich aufgefaßt. Er regelt die sogenannte „Rückoption" (zu vgl. Randvermerk bei Wündisch, Friedensvertrag) und würde vollkommen sinnlos sein, wenn man ihn mit dem Herrn Einsender dahin zu verstehen hätte, daß er auf den Fall des

Digitized by Google

Abs. 1 nicht anwendbar sei, weil er sich nur auf deutsche Reichsangehörige beziehe, die im Abs. 1 Bezeichneten aber nicht mehr Reichsangehörige seien, und daß er (Abs. 3) für die im Abs. 2 Bezeichneten überflüssig sei, weil sie ja die polnische Staatsangehörigkeit nur mit Genehmigung des polnischen Staates erwerben können. Wenn Abs. 3 von dem Rechte deutscher Reichsangehöriger, für die deutsche Reichsangehörigkeit zu optieren, handelt, so sind damit selbstverständlich ehemalige Reichsangehörige gemeint, die auf Grund des Friedensvertrages polnische Staatsangehörige geworden sind, sei es unmittelbar gemäß Abs. 1 oder erst kraft der Genehmigung nach Abs. 2. Beiden Gruppen ehemaliger deutscher Reichsangehöriger verleiht Abs. 3 die Möglichkeit, durch Rückoption die verlorene Reichsangehörigkeit wiederzuerlangen. Nur für deutsche Reichsangehörige, die sich erst nach dem 1. 1. 1908 im abgetretenen Gebiete niedergelassen und die Genehmigung zum Erwerb der polnischen Staatsangehörigkeit nicht erwirkt haben, ist Abs. 3 selbstverständlich bedeutungslos, weil sie eben Reichsangehörige geblieben sind.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Die Geschäftsberichte der Ortskrankenkassen für 1919.

Spärlicher und mit größeren Verspätungen als in früheren Jahren erschienen die Geschäftsberichte der Ortskrankenkassen für 1919. Das hat seinen Grund in der Überleitung der Kriegszustände in die Friedensverhältnisse: sie brachte den Kassenverwaltungen stark vermehrte Arbeitslast und bei der herrschenden Teuerung die Neigung zu erhöhter Sparsamkeit. Viele Kassen haben von Erstattung solcher Berichte, die ja nicht vorgeschrieben sind, überhaupt abgesehen, andere haben sie erheblich gekürzt.

Auch sachlich spiegeln die Geschäftsberichte die außerordentlichen wirtschaftlichen Verhältnisse des Jahres 1919 wieder. Ist doch die Krankenversicherung so eng mit dem Wirtschaftsleben verbunden, daß ihre Geschäftsergebnisse schon immer ein getreues Abbild derselben gewesen sind. Die Mitgliederzahl der Kassen ist durch den Wiedereintritt der Kriegsteilnehmer in das Erwerbsleben und dadurch, daß die aus der Versicherungspflicht ausgeschiedenen weiblichen Personen die Versicherung meist freiwillig fortgesetzt haben, fast überall gestiegen, oft über den Friedensstand hinaus. Infolge der Geldentwertung sind die „Umsätze" der Kassen, das heißt die Summen ihrer Einnahmen und Ausgaben, allenthalben gewaltig gestiegen. Infolge besonderer Umstände, die aus den nachfolgenden Einzelheiten näher ersichtlich sind, brauchten die Einnahmen nicht gänzlich für Unterstützungszwecke ausgegeben zu werden. Deshalb haben sich die Vermögensverhältnisse vieler Kassen sehr gebessert. Ein Teil der Kassen hat diese erste Gelegenheit benutzt, um die bei Kriegsausbruch vielfach eingestellten Mehrleistungen wieder einzuführen. Nicht selten ging man auch darüber hinaus und schuf manche neue Einrichtung. So bildete das erste Friedensjahr auch das erste Jahr des Wiederaufbaues in der Krankenversicherung. Durch zahlreiche gesetzgeberische Maßnahmen, die manche Umgestaltung der Kasseneinrichtungen erforderten, war das Jahr 1919 auch für die Kassenverwaltungen ein reich bewegtes.

Die Wirkungen des Krieges schildert die Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK.) München in kurzer Zusammenfassung. Dort hat die Stadtgemeinde die Beiträge für die freiwillige Fortversicherung bedürftiger Kriegsteilnehmer und ihrer Frauen übernommen. Dem Beispiel folgten auch viele Arbeitgeber für ihre zum Heeresdienst eingezogenen Arbeitnehmer. Der AOK. Remscheid (18 635 Mitglieder) ist von der Stadt die Fürsorge für die Familien der gefallenen Kriegsteilnehmer übertragen worden. Es werden gewährt: ärztliche Behandlung, Heilmittel, Krankenhausbehandlung und Sterbegeld. Die verausgabten Beträge werden der Kasse von der Stadt vierteljährlich erstattet. Für die Verwaltungsarbeit wird keine Entschädigung gewährt. Die AOK. Krefeld (29 000 Mitglieder) hat während des Krieges 4188 Kriegsteilnehmer wegen Kriegsverletzungen unterstützt. Dies ergab 215 119 Tage der Arbeitsunfähigkeit mit 557 056 ℳ Barunterstützungen. 470 Kassenmitglieder mußten ihr Leben infolge des Krieges lassen. Für sie wurden 58 670 ℳ Sterbegelder gezahlt. Die AOK. Köln (94 200 Mitglieder) gibt ebenfalls einen längeren Rückblick auf die Kriegsjahre. Als verlautete, den Krankenkassen würden nachweisliche Aufwendungen für unmittelbare Kriegsschäden der Versicherten durch das Reich erstattet, hat die Kasse gesonderte Aufzeichnungen solcher Art gemacht. Vom 1. April 1916 an hat sie 1144 Fälle festgestellt. Die Hauptlast bildeten jedoch die nicht immer kontrollierbaren Fälle allgemeiner Gesundheitsverschlechterung als mittelbare Folge des Krieges. Die AOK. Wilmersdorf (Berlin) hat während der letzten Jahre einen Bericht nicht erscheinen lassen. Sie gibt nun einen solchen für 1917 bis 1919 zusammengefaßt. Die Kasse hat sich während dieser Zeit gut entwickelt, z. B. auch alle Mehrleistungen, die schon vor dem Kriege bestanden, wieder eingeführt. Unter anderem wurde den Kassenmitgliedern auf Grund ärztlicher Verordnungen unentgeltlich Mittagessen verabfolgt. Die Einrichtung wurde aber nur von einer geringen Anzahl von Mitgliedern benutzt, so daß sie Ende 1917 schon wieder abgeschafft wurde. Die AOK. für den Amtsbezirk Pforzheim, deren Mitgliederzahl sich von 23 692 im Jahre 1915 auf 43 034 im Jahre 1919 vermehrte, bringt (wie schon seit 1913) nur den Rechnungsabschluß und einiges Tabellenwerk. Aus diesem ist ersichtlich, daß sich die Rücklage von rund einer Million Mark im Berichtsjahr auf rund zwei Millionen vermehrte. Die AOK. Offenbach a. M. gibt im Gegensatz zu früher auch nur einen ganz kurzen Bericht. Die Durchschnittsmitgliederzahl erhöhte sich von 28 790 im Jahre 1918 auf 33 362 im Jahre 1919. Alle Ausgaben zeigten eine ganz gewaltige Steigerung, trotzdem stieg die Rücklage auf fast den doppelten Betrag. Auch die AOK. Apolda erstattet diesmal nur einen vierseitigen Bericht. Ihre Mitgliederzahl erhöhte sich von 5270 im Jahre 1918 auf 7635 im Jahre 1919. Die Rücklage hat die gesetzliche Höhe erreicht. Der Geschäftsbericht der AOK. Straßburg erscheint in französischer und deutscher Sprache. Der „erste ausführliche Geschäftsbericht der Kasse unter dem

Digitized by Google

Regime unseres alten Mutterlandes Frankreich" erstreckt sich gleichzeitig auf die Geschäftsjahre 1918 und 1919. Der Regimewechsel habe an dem Weiterbestehen der Krankenkassen, wie auch der übrigen sozialen Versicherungen, sowie an der Weiterführung der Geschäfte in dem bisherigen Sinne nicht das geringste geändert. Die neuen Behörden hätten von vornherein „in entgegenkommendster Weise" das Weiterfunktionieren der sozialen Versicherungseinrichtungen garantiert. Auch die Versicherungsbehörden werden weitergeführt.

Die **wirtschaftlichen Verhältnisse der Kassen** werden allgemein als günstig geschildert. Die AOK. Lübeck schloß das Jahr 1919 mit einem Überschuß von 643 579 ℳ, gegenüber einem großen Fehlbetrag im Jahre 1918. Die Kasse führt das günstige Ergebnis auf eine kleine Beitragserhöhung und auf den günstigen Gesundheitszustand der Mitglieder zurück. Nicht minder habe aber auch die Unzulänglichkeit des Krankengeldes in der Zeit der Riesenteuerung manchen Familienvater bestimmt, bei einer Erkrankung, selbst auf die Gefahr der Verschlimmerung, die Arbeit fortzusetzen. Die AOK. Velbert erzielte einen Vermögenszugang von 245 577 ℳ und sagt, seit Bestehen der Kasse sei niemals ein solcher Überschuß erzielt worden. Zur Erklärung weist sie ebenfalls auf das zu niedrige Krankengeld hin. Die AOK. Bernburg hatte im Jahre 1919, allerdings nach einer Beitragserhöhung von 4 auf 5 v. H., eine Vermögensvermehrung von 178 383 ℳ auf 409 608 ℳ. Bei 8066 Mitgliedern ist das jedenfalls eine ansehnliche Leistung. Mehr als alle ärztliche Kunst und Arznei habe die Arbeitsgelegenheit und der Verdienst auf die Ergebnisse der Kasse Einfluß gehabt. Da am Orte die Kali-Industrie vorherrschend sei, gab es nur vereinzelt Arbeitslose. Die AOK. Geestemünde, bei der sich die Mitgliederzahl von 5201 im Jahre 1918 auf 6224 im Jahre 1919 vermehrte, hatte im Berichtsjahr eine Zuführung zum Reservefonds von 105 983 ℳ, so daß dieser 180 111 ℳ betrug. Die Kasse glaubt aber, vor großem Optimismus warnen zu müssen, da die nahe Zukunft an die Kasse übermächtige Ansprüche stellen werde. Das Krankengeld wurde auf 60 v. H. erhöht und für sieben Tage in der Woche gezahlt. Bei der AOK. Rastatt-Stadt erhöhte sich, trotz erheblicher Verminderung der Zahl der Mitglieder, die Rücklage auf fast den doppelten Betrag, nämlich 258 000 ℳ. Die AOK. Stettin erzielte im Jahre 1919 einen ansehnlichen Überschuß, obgleich sich die Ausgaben, auf das Mitglied berechnet, von 1914 auf 1919 um rund 170 v. H. steigerten. Der Jahresdurchschnitt der Mitgliederzahl betrug 35 828, davon 17 732 männliche und 18 096 weibliche. Die AOK. Solingen hatte im Berichtsjahr einen bis dahin nie erreichten Überschuß von 446 900 ℳ. Das sei eine Folge der Hochkonjunktur der Solinger Industrie. Die Kasse errichtete eine Zahnklinik und führte die Familienhilfe ein. Nicht so günstig waren die Verhältnisse bei der AOK. Frankfurt a. M., welche fortgesetzt die Beiträge erhöhen mußte, und zwar zunächst auf 6 v. H. und vom 1. März 1920 an sogar auf 9 v. H. Große Mehrausgaben verursachte die ärztliche Hilfe; das Pauschale der Ärzte für Familienhilfe wurde allein von 13 auf 39 ℳ erhöht, das Pauschale an die Zahnärzte von 1,25 auf 6,25 ℳ. Die Pflegekosten in den Krankenhäusern stiegen von 4,50 auf 11 ℳ täglich. Viele Kassen weisen darauf hin, daß besonders die neue Wochenhilfe und Wochenfürsorge Mehrausgaben brachten.

Hinsichtlich des **Mitgliederbestandes** teilt die AOK. Berlin mit, daß sich von 1918 zu 1919 die männlichen Mitglieder von 103 339 auf 194 783 und die weiblichen von 275 784 auf 289 644 vermehrten. Die Kasse hat genaue Statistiken über Alter, Beruf usw. der Mitglieder aufgemacht. Bei der AOK. München stieg der durchschnittliche Mitgliederbestand von 172 228 im Jahre 1914 auf 217 777 im Jahre 1919. Am meisten nahmen die weiblichen Mitglieder zu, nämlich von 100 082 auf 127 015. Die AOK. Nordhausen hatte im Jahre 1918 einen durchschnittlichen Mitgliederbestand von 6764, am Schlusse des Jahres 1919 aber von 9623. Der Meldeverkehr war so lebhaft wie noch nie zuvor. Die Gesamtzahl der Meldungen stieg von 17 384 im Jahre 1918 auf 31 149 im Jahre 1919. Die Ursache lag in den reichbewegten wirtschaftlichen Zeiten mit ihren vielfachen Betriebsstörungen usw. Durch ein Ortsstatut wurden die Hausgewerbtreibenden wieder versicherungspflichtig. Bei der AOK. Kassel stieg, hauptsächlich infolge der Umleitung der Kriegs- in die Friedenswirtschaft, die Mitgliederzahl von 18 256 auf 23 414. Die Gesamtausgaben je Mitglied stiegen von 34,82 ℳ im Jahre 1913 auf 77,40 ℳ im Jahre 1919. Bei der AOK. Fulda stieg die Mitgliederzahl von 4906 auf 6840. Der Meldeverkehr war mit 18 160 Meldungen ein großer. Die AOK. Bergedorf vermehrte ihren Mitgliederbestand von 5761 im Jahre 1918 auf 7071 im Jahre 1919. Die Zunahme besteht, wie bei den allermeisten Kassen, nur aus männlichen Mitgliedern. Bei der AOK. Neuwied vermehrten sich die männlichen Mitglieder von 6084 auf 7541, dagegen verminderten sich die weiblichen Mitglieder von 2678 auf 2579. Die aus der Versicherungspflicht ausgeschiedenen weiblichen Personen setzten restlos die Versicherung freiwillig fort. In Burg bei Magdeburg erhielt die AOK. infolge der Auflösung einer besonderen Ortskrankenkasse einen Zuwachs von rund 10 000 Mitgliedern.

Die neu eingeführte **Krankenversicherung der Erwerbslosen** übte auf manche Kassen einen starken Einfluß aus. Bei der AOK. Gera, deren Mitgliederzahl durch Auflösung der Textilbetriebskrankenkasse von 33 387 im Jahre 1918 auf 38 668 im Jahre 1919 stieg, waren in der Mitte des Berichtsjahres 2800 Erwerbslose versichert. Durch Vereinbarung mit dem politischen Bezirksverband wurde die Versicherung aller in Gera wohnenden Arbeitslosen bei der AOK. vorgenommen. Dadurch sind viele Mißhelligkeiten hinsichtlich der Meldung, Beitragsabrechnung usw. umgangen. Die Krankenkassen können, so sagt der Bericht, im eigensten Interesse nur dringend wünschen, daß die Erwerbslosenfürsorge eine dauernde Einrichtung bleibt. Bei der AOK. Wiesbaden (31 020 Mitglieder) wurden 2104 versicherte Erwerbslose in das Jahr 1919 übernommen. Im Laufe des Jahres wurden 11 002 solcher Mitglieder an- und 11 992 abgemeldet, so daß am Jahresschlusse noch 1114 Erwerbslose bei der Kasse versichert waren. Hieraus ist ersichtlich, welchen großen Meldeverkehr die Versicherung der Erwerbslosen verursacht. Die 22 994 Meldungen über Erwerbslose waren mehr als der vierte Teil der bei der Kasse überhaupt angebrachten 81 777 Meldungen. Die AOK. Mannheim hatte bei einer Gesamtmitgliederzahl von 51 871 rund 6340 freiwillig Versicherte und 2676 von der Behörde gemeldete Erwerbslose. Die AOK. Chemnitz hatte Ende 1919 unter 86 757 Mitgliedern 5200 von der Stadt versicherte Erwerbslose.

Digitized by Google

Viele Kassen mußten eine **Beitragserhöhung** vornehmen. Die AOK. Spandau (7517 männliche und 5435 weibliche Mitglieder) erhöhte den Beitragsfuß von 4½ auf 6 v. H. des Grundlohns. Auf den Versicherten entfielen durchschnittlich 139,35 ℳ Beitragseinnahme. Die Beitragseinhebung wird nicht mehr durch Kassenboten, sondern nur durch Postscheck vorgenommen. Die AOK. Dortmund (32 000 Mitglieder) erhöhte die Beiträge von 4½ auf 5, dann auf 6 v. H. des Grundlohns. Die Durchschnittseinnahme je Mitglied ist von 51,15 ℳ im Jahre 1917 auf 101,05 ℳ im Jahre 1919 gestiegen. Die früher mit Zusatzbeiträgen eingeführte Familienhilfe wird jetzt ohne diese aus den allgemeinen Kassenmitteln gewährt. Die AOK. Plauen (51 938 Mitglieder) erhöhte im Berichtsjahr die Beiträge von 4 auf 4½, dann auf 5 und schließlich auf 5½ v. H. des Grundlohns. Dabei berichtet die Kasse, daß der Gesundheitszustand der Mitglieder ein guter gewesen sei. Die erhöhten Mittel wurden vornehmlich durch die ausgestalteten Kassenleistungen erforderlich. Die AOK. Schwerin (12 622 Mitglieder) erhöhte „zur Ordnung ihrer Kassenverhältnisse infolge der Preissteigerung auf dem Wirtschaftsmarkt" ihre Kassenbeiträge auf 5½ v. H. In stärkerem Maße als früher fand sowohl bei den männlichen als auch bei den weiblichen Mitgliedern eine starke Verschiebung nach den höheren Lohnstufen statt. Die AOK. Neustadt a. d. Haardt (8607 Mitglieder) erhöhte die Kassenbeiträge von 4½ auf 5½, dann auf 6½ v. H. Es wird von zwei Arbeitgebern berichtet, die sich gegen die Bestimmungen der RVO. in der gröblichsten Weise vergangen haben. Der eine mußte deshalb an Strafen und Strafbeiträgen die Summe von 14 497 ℳ bezahlen. Die AOK. für den Landkreis Bochum (6053 Mitglieder) erhöhte die Beiträge auf 6 v. H. und erzielte damit eine Mehreinnahme von 90 000 ℳ. Die AOK. Kronach (7849 Mitglieder) war zu einer Erhöhung der Beiträge auf 7 v. H. gezwungen und erreichte damit sowie mit der Erhöhung der Grundlöhne eine Mehreinnahme von 240 000 ℳ. Je Versicherten stieg die Einnahme von 55,62 ℳ im Jahre 1918 auf 82,73 ℳ im Jahre 1919. Die AOK. Gelsenkirchen, bei der sich die Mitgliederzahl von 6536 im Jahre 1918 auf 7914 im Jahre 1919 vermehrte, erhöhte die Kassenbeiträge von 4½ auf 5, dann auf 6½ v. H. Da durch die Lohnerhöhungen die Mehrzahl auch in höhere Lohnstufen kam, trat eine große Mehreinnahme an Beiträgen ein. Je Mitglied wurden 80,43 ℳ Beiträge eingehoben. Die AOK. Waldenburg in Schles. (12 125 Mitglieder) erhöhte die Beiträge, die bis zum April 1918 noch 3½ v. H. betrugen, bis auf 5½ v. H. und im Jahre 1920 auf 6 v. H. des Grundlohns. Die Mittel wurden insbesondere für die Ärzte, namentlich wegen der Einführung der freien Arztwahl, gebraucht. Bei der AOK. Rudolstadt-Land (2500 Mitglieder) erhöhte sich durch Hinaufsetzung des Beitragsfußes die Beitragseinnahme von 70 986 ℳ im Jahre 1918 auf 161 682 ℳ im Jahre 1919. Die AOK. Magdeburg (40 325 Mitglieder) gibt eine Übersicht über die Verteilung der Mitglieder in den einzelnen Lohnklassen. Während der höchsten (10.) Beitragsklasse im Jahre 1918 etwa ein Viertel der männlichen Mitglieder angehörte, waren es im Jahre 1919 rund drei Viertel. Bei den weiblichen Mitgliedern vermehrten sich die Angehörigen der höchsten Klasse auf das Zwölffache. Lediglich durch die Klassenverschiebungen erhöhte sich die Beitragseinnahme der Kasse von 3 Millionen Mark im Jahre 1918 auf 4,3 Millionen Mark im Jahre 1919. Die AOK. Koblenz erhöhte ihre Beiträge erst auf 4½ und dann auf 6 v. H. Die Kassenleistungen wurden verschiedentlich ausgebaut. Einstimmig wurde auch beschlossen, die Familienhilfe einzuführen. Die AOK. Bracke setzte ebenfalls die Beiträge von 4½ auf 6 v. H. hinauf und führte die Familienhilfe ein.

Die **Leistungen der Kassen** wurden vielfach erheblich ausgestaltet. Die OK. für das Buchdruckgewerbe in Berlin eröffnete die „erste Beratungsstelle für versicherungsfreie Familienmitglieder". Weiter führte sie die Zahlung des vollen Krankengeldes als Hausgeld bei Aufnahme des Ernährers in ein Krankenhaus ein. Eine zeitgemäße Erweiterung der Leistungen wurde durch Einführung einer Hauspflege bei Erkrankung oder Wochenbett der Leiterin des Hausstandes getroffen. Die Pflegerin wird kostenlos gestellt; eine Kürzung des Krankengeldes findet nicht statt. Die Kasse führte noch die Zahlung des Krankengeldes für Sonntage ein, eröffnete ein Genesungsheim in Leutenberg und eine Zahntechnische Abteilung. Jedenfalls für eine Kasse recht viel in einem Jahr. Die AOK. Aue im Erzgebirge (5948 Mitglieder) errichtete mit Hilfe anderer Kassen ein Genesungsheim, erhöhte das Krankengeld auf 60 v. H. des Grundlohns, erweiterte die Familienhilfe durch Erhöhung der Behandlungsbeihilfen usw. Trotzdem erzielte die Kasse noch einen Überschuß von 187 346 ℳ, womit mehr als eine Verdoppelung des bisherigen Vermögens eintrat. Die AOK. für die Stadt Halle a. S. (41 000 Mitglieder) hat die Familienhilfe ohne Zusatzbeiträge eingeführt. Hinsichtlich der Heilmittel wurde zunächst die Einrichtung getroffen, daß für jedes verordnete Heilmittel der Betrag von 2 ℳ zuzuzahlen sei. Nachdem sich die Kassenverhältnisse etwas gebessert hatten, wurde auch diese Beschränkung abgeschafft und das vom Arzt verordnete Heilmittel ohne jeden Zuschuß gewährt.

Die Bestimmung in § 193 RVO. (Höchstbetrag für kleine Heilmittel und Zuschuß in dieser Höhe für größere Heilmittel) ist in wohl alle Kassensatzungen übergegangen. Die ursprünglich auf 20 oder 30 ℳ festgelegten Höchstbeträge sind inzwischen wohl allenthalben erhöht worden, häufig schon bis auf 100 ℳ. Die AOK. Koburg setzte den Betrag sogar auf 125 ℳ fest. Außerdem erhöhte sie das Krankengeld auf 75 v. H. des Grundlohns. Die AOK. Zwickau erhöhte das Krankengeld von 50 auf 60 v. H. des Grundlohns. Allerdings mußte sie auch eine Beitragserhöhung vornehmen, und zwar zunächst auf 5½ und dann auf 6½ v. H. des Grundlohns. Die AOK. Karlsruhe erhöhte das Krankengeld auf 70 und dann auf 75 v. H. des Grundlohns für jeden Tag einschließlich der Sonn- und Festtage. Auch der Zuschuß zu den Heilmitteln wurde erhöht. Der Mehraufwand von über 230 000 ℳ wurde ohne Erhöhung der Beiträge bestritten, da die Kasse sich durch die Geschäftsergebnisse des Berichtsjahres in einer günstigen Lage befand. Die AOK. Gießen beschloß eine Reihe von Mehrleistungen: Krankengeld in Höhe von 70 v. H. für Verheiratete und 60 v. H. für Ledige, Sterbegeld für Angehörige der Mitglieder, Hausgeld in Höhe des Krankengeldes usw. Die AOK. Potsdam schränkte die Wartezeit für die Krankengeldzahlung ein. Nach siebentägiger Krankheit wird das Krankengeld für die drei Wartetage nachgezahlt. Die AOK. Markranstädt erhöhte das

Digitized by Google

Krankengeld auf 60 v. H. des Grundlohns. Das Sterbegeld und die Beihilfen für größere Heil- und Hilfsmittel wurden auch hinaufgesetzt. Die AOK. Erfurt baute die Familienhilfe aus, erhöhte das Krankengeld nach den Familienverhältnissen der Mitglieder usw.

Der **Bestand an erwerbsunfähigen Kranken** ist meist zurückgegangen. Die AOK. Berlin führt das verhältnismäßig günstige Bild des Vermögensnachweises in erster Linie darauf zurück, daß der Gesundheitszustand unter den Mitgliedern im Berichtsjahr zufriedenstellend war. Die Kasse hält sich jedoch nicht für berechtigt, daraus besondere Hoffnungen für die Zukunft zu schöpfen, um so weniger, als die zwei Grippeepidemien des Jahres 1918 mit dem großen Sterben, das sie im Gefolge hatten, eine erhebliche Zahl der wenig widerstandsfähigen Kranken als Opfer forderten und dadurch für das folgende Jahr mit einer Verschiebung der Kranken- und Sterbeziffer zu rechnen war. Bei der AOK. Ludwigshafen betrug von 1918 zu 1919 die Abnahme der Erwerbsunfähigkeitsfälle über 55 v. H. Die Zahl der Krankheitstage nahm um 18 v. H. ab. Die Kasse führt das auf die Erwerbslosenunterstützung zurück, durch welche die Arbeitslosen abgehalten wurden, eine Krankheit vorzutäuschen. Bei der AOK. Pirna hat zwar die Zahl der Erkrankungen überhaupt, insbesondere auch die der Familienangehörigen, zugenommen, dagegen die Zahl der Erkrankungen mit Erwerbsunfähigkeit, trotz Zunahme der Mitgliederzahl von 5071 auf 6208, sich nicht unerheblich, nämlich von 3158 auf 2701 vermindert, was wohl in der Unzulänglichkeit des Krankengeldes seinen Hauptgrund haben dürfte. Die AOK. Speyer (9278 Mitglieder) berichtet von einem guten Gesundheitsstand. Zeigten die Monate Januar und Februar 1919 noch eine starke Inanspruchnahme der Kasse als Folgen der Grippeepidemie und einen Erwerbsunfähigenbestand von 5 bis 6 v. H., so besserten sich die Verhältnisse bis auf 2,5 v. H. im August. Aber auch diese Kasse schreibt, sie habe die Wahrnehmung gemacht, daß kranke Mitglieder unter Hintansetzung ihrer Gesundheit weiter arbeiteten, da sie mit dem Krankengeld nicht auskommen könnten. Die AOK. Düsseldorf, bei der sich die durchschnittliche Mitgliederzahl von 38 919 im Jahre 1918 auf 42 319 vermehrte, berichtet von einer Abnahme der Arbeitsunfähigkeitsfälle von 31 421 auf 20 981 in derselben Zeit, also um 33,2 v. H. Die Krankheitstage verminderten sich um 20,8 v. H. Das Krankengeld wurde auf 65 v. H. des Grundlohns erhöht; bei Vorhandensein mehrerer Familienangehöriger auf 70 und 75 v. H. Bei der AOK. Landsberg a. d. Warthe vermehrte sich die Mitgliederzahl von 5860 im Jahre 1918 auf 7060 im Jahre 1919, die Zahl der Unterstützungstage verminderte sich aber von 102 821 auf 88 000 oder um 14,4 v. H. Es besserte sich besonders der Gesundheitszustand der weiblichen Mitglieder. Die AOK. Leipzig, deren Mitgliederzahl sich von 169 069 im Jahre 1918 auf 201 968 im Jahre 1919 hob, berichtet ebenfalls von einer im Verhältnis geringeren Zahl der Krankheitsfälle. Dennoch sei der Gesundheitszustand der Bevölkerung, hauptsächlich infolge der schlechten Ernährungsverhältnisse, kein guter. Insbesondere habe die Sterblichkeit der Kinder zugenommen; ihr Durchschnittsalter sei von 2¾ Jahren im Geschäftsjahr 1918 auf 1¾ Jahr im Geschäftsjahr 1919 gefallen. Die AOK. Remscheid (19 000 Mitglieder) klagt über starke Zunahme der Geschlechtskrankheiten. Grippe habe nicht geherrscht. Die Zahl der Erwerbsunfähigen verminderte sich von 12 037 auf 7140.

Die **Arztfrage** wird in den Berichten häufig ausführlich behandelt. Bei der AOK. Uelzen (2369 Mitglieder) wurde vielseitig die freie Arztwahl verlangt, so daß sich der Kassenvorstand gezwungen sah, den Kassenärzten zu kündigen und die freie Arztwahl einzuführen. Das ging nur unter einer Erhöhung der Ausgabe für ärztliche Behandlung von 5,64 ℳ im Jahre 1918 auf 7,83 ℳ im Jahre 1919 je Mitglied. Die Kasse faßt ihre Erfahrungen dahin zusammen, daß mit der freien Arztwahl vielfach grober Unfug getrieben werde. Es komme gar nicht selten vor, daß Mitglieder den selbstgewählten Arzt an einem Tage wechseln und in den Arzneikosten eine ganz ungebührliche Belastung eintrete. Die OK. für das polygraphische Gewerbe in Nürnberg nahm eine Erhöhung des Arzthonorars erst um 25 v. H. und dann um weitere 10 v. H. vor. Bei den weiblichen Mitgliedern sei oft eine Überarztung festzustellen. Einzelne Ärzte machten bis zur Gesundung eines Kranken viel mehr Besuche als andere. Die AOK. des Kreises Königsberg (Nm.) berichtet, daß sie freie Arztwahl und einen Vertrag mit dem ärztlichen Kreisverein habe. Die Ärzte kündigten den Vertrag, und da eine Verständigung nicht möglich war, mußte ein Schiedsgericht entscheiden. Dieses setzte einen Teuerungszuschlag von 33⅓ v. H. fest und erhöhte die Wegegebühren. Die AOK. Eisfeld (Thüringen) erhöhte das Arzthonorar auf 14 ℳ je Jahr und Mitglied. Die AOK. für den Kreis Liebenwerda erhöhte das Arzthonorar von 7,50 auf 11,25 ℳ je Jahr und Mitglied. Das brachte eine jährliche Mehrausgabe von 51 500 ℳ. Die Ärzte der OK. für Fabrikarbeiter in Detmold verlangten eine Erhöhung der Honorare um 100 v. H. Bei der AOK. Bremen brach ein größerer Ärztekonflikt aus, der zu einem Prozeß führte.

Die **Preise für Arzneien und Heilmittel** waren weiter in rapidem Steigen begriffen. Die AOK. Osnabrück (13 190 Mitglieder), die von einer erheblichen Minderung der Zahl der Erwerbsunfähigen berichtet, verzeichnet eine Vermehrung der Ausgaben für Arzneien und Heilmittel von 58 816 ℳ im Jahre 1918 auf 97 336 ℳ im Jahre 1919. Die aus den Apotheken bezogenen Arzneien (Rezepturen) je Patient stiegen von 2,52 ℳ im Jahre 1918 auf 3,46 ℳ im Jahre 1919. Bei der AOK. Ohligs (9500 Mitglieder) stiegen gegenüber dem Vorjahr die Ausgaben für Arzneien und Heilmittel aus den Apotheken um 31 930 auf 74 430 ℳ. Auf das Mitglied entfallen 8,35 ℳ durchschnittlich. Dazu kommen außerdem noch Brillen, Bandagen usw. mit 2,86 ℳ. Die AOK. Kiel (33 566 Mitglieder) berichtet, daß mit den Apothekern irgendwelche vertraglichen Abmachungen nicht bestehen. Verhandlungen führten zu keinem Resultat. Im Handel mit Arzneimitteln habe der Wucher und das Schiebertum die tollsten Orgien gefeiert. Die Ausgaben an die Apotheken seien von 90 000 ℳ im Jahre 1915 auf 123 000 ℳ im Jahre 1917, 190 000 ℳ im Jahre 1918 und 320 000 ℳ im Jahre 1919 gestiegen. Die Kasse hat jetzt die Selbstabgabe der dem freien Verkehr überlassenen Mittel erweitert. Bei der AOK. Falkenstein (3960 Mitglieder) erhöhten sich die Aufwendungen für Arzneien und sonstige Heilmittel von 8627 ℳ im Jahre 1918 auf 26 245 ℳ im Jahre 1919 oder auf 6,63 ℳ je Mitglied. Die

Digitized by Google

Kasse führte alle während des Krieges aufgehobenen Mehrleistungen wieder ein.

Die **Eigenbetriebe der Kassen** fanden weiter eine Ausgestaltung. Die AOK. Neukölln kaufte das Hotel „Strandhaus" in Neuwasser a. d. Ostsee in Größe von zwei Morgen einschließlich aller Gebäude für 115 000 ℳ. Es ist zu einem Genesungsheim hergerichtet worden. Die AOK. Neumünster (11 500 Mitglieder) besitzt eine Zahnklinik, die im Berichtsjahr von 12 474 Personen aufgesucht wurde. Behandelt wurden 24 143 Fälle. Die Gesamtkosten der Unterhaltung der Anstalt beliefen sich auf 42 140 ℳ. Die Kasse besitzt auch ein Genesungsheim Boostedt, in dem 109 weibliche Mitglieder Aufnahme fanden. Die AOK. Greiz errichtete eine Zahnklinik. Sie ist mit den neuesten Instrumenten, Materialien usw. ausgestattet worden. Der schon seit Jahren geplante Bau eines Genesungsheims, zu dem schon ein Bauerngut von 34 Morgen angekauft ist, wurde abermals verschoben. Dagegen wurde ein Verwaltungsgebäude angekauft und umgebaut. Die AOK. Dresden hat zu ihren vielen Veranstaltungen nun noch eine zweite große Badeanstalt und eine „Krankenstube" eingerichtet. Letztere dient vorzugsweise der ersten Hilfeleistung. Die AOK. Berlin-Friedenau (5986 Mitglieder) hat außer ihrer Zahnklinik noch eine Badeanstalt errichtet, die so stark in Anspruch genommen wurde, daß sie sich schon jetzt als zu klein erweist. Das Bad ist je drei Tage für Männer und Frauen in der Woche geöffnet. Die AOK. Eisenach (10 276 Mitglieder) errichtete ein Erholungsheim mit 7 Hektar Wiesen- und Waldareal. Die Kasse gewährt bereits weitgehende Mehrleistungen, wie Familienhilfe, Krankengeld in Höhe von 60 v. H. des Grundlohns usw. Die AOK. Lahr (12 900 Mitglieder), die für die Jahre 1914 bis 1919 einen zusammengefaßten Bericht gibt, hat ein eigenes Verwaltungsgebäude und eine Badeanstalt eingerichtet, deren Preise seit 1919 dreimal erhöht wurden. Trotzdem erforderte die Anstalt im Jahre 1919 einen Zuschuß von 3405 ℳ. In dem Jahre wurden 23 476 Bäder abgegeben, 5000 weniger als 1918. Die AOK. Godesberg (4100 Mitglieder) besitzt eine Badeanstalt. Sie gab 38 000 Bäder zu billigstem Preise, die aber wegen immer mehr steigender Unterhaltungskosten erhöht werden mußten. Die AOK. Aachen ließ die zahnärztliche Versorgung auf ein kassenseitig neu gegründetes zahnärztliches Institut übergehen. Während vorher die Ausgaben für Zahnbehandlung fortwährend gestiegen waren, schreibt die Kasse, daß sie nunmehr eine „durch Erwerbsinteressen nicht mehr beeinflußte Behandlung" garantiere. Die AOK. Gräfrath beschloß die Errichtung einer eigenen Zahnklinik. Die AOK. Rostock hat für den Preis von 350 000 ℳ ein Grundstück erworben und es zu einem Verwaltungsgebäude umgebaut. Die AOK. Schwarzenberg hat in Verbindung mit einer Anzahl anderer Kassen ein Genesungsheim Nitzschhammer neu eingerichtet. Die AOK. Tuttlingen hat das Schwarzwaldhotel und Kurhaus Waldlust in Triberg samt Ökonomiegebäude und Inventar zum Preise von 1 400 000 ℳ erworben. Außerdem kaufte sie das angrenzende Wirtschaftsanwesen Schillerhof. Die AOK. Nürnberg traf manche Ausgestaltung ihrer Einrichtungen. Daneben erhöhte sie auch das Krankengeld auf 55 v. H. des Grundlohns für jeden Tag einschließlich der Sonn- und Feiertage.

Der **Krankheitsverhütung** wird von den Kassen immer größere Aufmerksamkeit gewidmet. Die AOK. Fürth veranstaltete eine Ausstellung zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, die von achtzehn Vorträgen begleitet war. Die Ausstellung war von rund 5500 Personen besucht. Die Kasse gab auch größere Beträge für verschiedene Fürsorgestellen, Haus- und Gesundheitspflegevereine usw.

Den **Wohnungsverhältnissen** der Mitglieder wurde von vielen Kassen erhöhte Aufmerksamkeit zugewendet. Die Wohnungsnot verschärft ja die Wohnungsmißstände mehr und mehr. Die AOK. Cottbus (17 218 Mitglieder) setzte ihre Wohnungsuntersuchung fort. Von den 6581 Erwerbsunfähigkeitsfällen wurde in 3645 Fällen eine Aufnahme der Wohnungsverhältnisse bewirkt. Es wurden wieder vielfach krasse Fälle von Wohnungszuständen festgestellt. Die Kasse hat das gewonnene Material in einigen übersichtlichen Tabellen verarbeitet, die auch Angaben über die Wohnungsmieten usw. enthalten. Die AOK. Brandenburg a. d. Havel (15 000 Mitglieder) nahm während eines Teils des Jahres ebenfalls eine Wohnungsstatistik auf. Es wurden für 1946 Wohnungen Fragebogen ausgefüllt. Eine Anzahl Wohnungen seien auch höchst unreinlich gewesen und hätten mehr einer Rumpelkammer geglichen. In den Schlafräumen fehlte oft die Ventilation.

Die Verwaltungskosten sind bei allen Kassen ganz erheblich gestiegen. Bei der AOK. Augsburg (mit 30 500 Mitgliedern, der drittgrößten Kasse in Bayern) erhöhten sie sich von 5,77 ℳ im Jahre 1918 auf 8,71 ℳ im Jahre 1919 je Mitglied. Durch wiederholte Erlasse der bayerischen Staatsregierung wurden die Kassen verpflichtet, den Angestellten angemessene, ausreichende, einmalige und laufende Teuerungszulagen zu gewähren, und zwar in gleicher Höhe wie für die Staatsbeamten. Die Gesamtzahl der Angestellten beträgt 35. Die AOK. Hamburg (210 000 Mitglieder), die am 1. Oktober 1919 aus der Zusammenlegung 18 einzelner AOK. gebildet wurde, ist wegen ihrer angeblich zu hohen Verwaltungskosten in der „Bürgerschaft" wiederholt angegriffen worden. Die Gehälter aller Beamten betragen etwa 15 v. H. der Gesamtausgaben. Die Kasse gibt allmonatlich ausführliche Geschäftsübersichten an die Tageszeitungen. Die Arbeitszeit des Personals beträgt 7½ Stunden täglich.

Die **Besorgung der Geschäfte der Invalidenversicherung** bereitet den Krankenkassen immer größere Lasten. Die AOK. Dresden hat eine Kontrolle der Arbeitgeber über die richtige Meldung der versicherungspflichtigen Personen eingeführt. Sie gab Veranlassung zu zahlreichen Anträgen an die Landesversicherungsanstalt auf Genehmigung der Vernichtung von unrichtigen Beitragsmarken. Die Kontrolle hatte natürlich auch eine günstige Wirkung auf die Geschäfte der Krankenversicherung. Da sowohl die persönlichen als auch die sachlichen Verwaltungsausgaben wesentlich gestiegen sind, hat die Landesversicherungsanstalt Sachsen nachträglich für die Jahre 1917 und 1918 eine Erhöhung der Vergütung um je 20 v. H. eintreten lassen. Die AOK. Lübeck benötigte für die Geschäfte (Beitragseinziehung, Markenverwendung, Umtausch der Quittungskarten) 18 Arbeitskräfte, die an Gehalt 99 183 ℳ erhielten, während die festgesetzte Vergütung der Landesversicherungsanstalt in Höhe von 5 v. H. der eingezogenen Beiträge nur 28 518 ℳ betragen hat. Die Verhandlungen mit der Landesversicherungsanstalt der Hansestädte

Digitized by Google

wegen der Erhöhung der Vergütung waren bislang deshalb ohne Erfolg, weil von der Versicherungsanstalt Schritte wegen Aufhebung des Einzugsverfahrens unternommen worden sind. — Im Freistaat Sachsen hat die Landesversicherungsanstalt für die Einhebung von Beiträgen und die Markenverwendung für die freiwillige Versicherung und für Zusatzversicherung eine Vergütung nicht zu zahlen. Gleichwohl wird auch diese Arbeit vielfach von den Krankenkassen besorgt. Die AOK. Wurzen trat an die Stadtverwaltung wegen einer Entschädigung für diese Mühewaltung heran und erhielt auch eine solche von 6 v. H. der eingehobenen derartigen Beiträge.

An **sonstigen bemerkenswerten Einrichtungen** wäre manches zu erwähnen. Die AOK. für den Landkreis Köln (14 648 Mitglieder) hat den Bezirksarbeitsnachweis mit in Verwaltung genommen. Bei jeder Zweigstelle der Kasse befindet sich auch eine Ortsstelle für Arbeitsnachweis. Die Verwaltungskosten vergütet der Kreis. Die AOK. Dohna (3214 Mitglieder) hat die gesamte Ausführung der Geschäfte der Erwerbslosenfürsorge übernommen. Die Kasse erhält für die Geschäfte eine angemessene Entschädigung. Die tägliche Kontrolle der Erwerbslosen usw. erfordert viel Arbeit. Die Unterweserorte haben eine Hauspflege organisiert, die von der AOK. Lehe verwaltet wird. Die Mitglieder der angeschlossenen Kassen müssen für die Pflegerin je Tag eine Mark und die Beköstigung gewähren, Privatpersonen 3 *M* und die Beköstigung. Die AOK. Weimar führte die tägliche Krankengeldzahlung ein. Es wird immer je eine Woche nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit gezahlt. Beginnt diese beispielsweise Dienstags, so ist das Krankengeld auch immer Dienstags zu erheben. Die AOK. für die Stadt Bonn traf die Bestimmung, daß Stillgeld nur noch auf Grund von Bescheinigungen der Mutterberatungsstelle ausgezahlt wird. Die Beratungen und die Ausstellung der Bescheinigungen erfolgen kostenlos. Die AOK. Lützen bei Merseburg erließ ein Preisausschreiben zur Erlangung von Entwürfen für ein zu errichtendes Geschäftsgebäude. Es wurden vier Preise verteilt.

Man sieht, daß die Berichte wieder eine große Fülle interessanten sozialpolitischen Materials enthalten.

Schrifttum.

Wochenhilfe, Wochenfürsorge und Familienhilfe. Vom Geheimen Regierungsrat J. Krause, Direktor des Gemeinsamen Oberversicherungsamts in Gera. Stuttgart 1920, Verlag von J. Heß. 172 S. Preis 13,60 *M*.

Die aus der Feder des Verfassers erschienenen drei Bändchen „Kriegswochenhilfe" mit den eingehenden Erläuterungen der während des Krieges erlassenen Verordnungen über diesen Gegenstand sind in den Händen aller, die sich mit dem Rechtsstoffe zu befassen Anlaß hatten und haben, ein vorzügliches Hilfsmittel für die Rechtsanwendung. Der jetzt vorliegende Kommentar zum Gesetz über Wochenhilfe und Wochenfürsorge v. 26. 9. 19 und 30. 4. 20 in der Fassung der Bekanntmachung v. 22. 5. 20 und zu den einschlägigen Bestimmungen der RVO. ist in entsprechender Art wie jene Vorgänger angelegt, mit der gleichen Sachkunde und Sorgfalt bearbeitet und bedarf daher für alle zur Anwendung des Gesetzes Berufenen keiner weiteren Empfehlung als des Hinweises auf die anerkannte Bewährung der früheren Schriften des Verfassers.

Reichsverordnung über Erwerbslosenfürsorge. Von demselben Verfasser in demselben Verlage, 1920 erschienen. 168 Seiten. Preis 13,20 M.

Auch dieses Buch trägt den Stempel der Sachkunde, der Stoffbeherrschung und der bewährten Fähigkeit des Verfassers, in den Grund und Zweck der Rechtsnormen einzugehen und ihren nicht immer leicht zu ermittelnden Sinn faßlich darzustellen. Es ist, wie der Verfasser im Vorwort bemerkt, aus der Praxis entstanden und für die Praxis geschrieben unter Verarbeitung der reichen Erfahrungen, die der Verfasser als Staatskommissar für die Erwerbslosenfürsorge in Reuß gewonnen hat. Besonders zu begrüßen ist es, daß hier zum erstenmal auch die auf die Krankenversicherung bezüglichen Vorschriften der Verordnung (§§ 12a ff.) eine eingehende und sachverständige Erläuterung gefunden haben.

Ergänzungen zur Reichsversicherungsordnung. Bearbeitet von Dr. K. Lippmann, Senatspräsident im Reichsversicherungsamt. Berlin und Leipzig 1920, Vereinigung wissenschaftlicher Verleger, Walter de Gruyter & Co. a) Zum 1. und 6. Buch (Gemeinsame Vorschriften. — Verfahren). 30 Seiten. Preis 1 *M*. b) Zum 2. Buch (Krankenversicherung). 98 Seiten. Preis 6 *M*.

Die beiden Hefte sind Nachträge zu Nr. 106 und 107 der Guttentagschen Sammlung deutscher Reichsgesetze, von der das eine Buch 1913, das andere 1916 erschienen ist. Seitdem hat sich bekanntlich nur allzuviel, auch im Gebiete der Reichsversicherung, geändert. Besonders davon betroffen ist die Krankenversicherung. Ihr ist daher ein wesentlich stärkeres Heft gewidmet. Die Zusammenstellung der ergänzenden Vorschriften ist in beiden Heften nach der Zeitfolge geordnet. Sie wird allen Besitzern der Guttentagschen Ausgabe und auch anderer Ausgaben der RVO. willkommen sein. Übrigens beschränkt sie sich nicht auf Vorschriften im engsten Sinne (Gesetze, Verordnungen, Ausführungsbestimmungen), sondern enthält z. B. auch die Vereinbarungen der Krankenkassen zur Durchführung der §§ 219, 220, 222 RVO. und anderes.

Das Verhältnis der Krankenversicherung zur Unfallversicherung in der RVO. Zweite verbesserte Auflage. Von Landesrat Seelmann in Oldenburg. Altenburg (S.-A.) 1920, Verlag von Stephan Geibel. 142 Seiten.

Des Verfassers „Sammlung von Einzeldarstellungen des Reichsversicherungsrechts" ist hier oft anerkennend besprochen worden (zuletzt 1920 S. 497). Insbesondere haben wir auch die erste Auflage des Heftes 2 über das Verhältnis der Kranken- zur Unfallversicherung als eine in zweckmäßiger systematischer Gliederung klar gefaßte Darstellung des Gesetzesinhalts rühmen können (1914 S. 102). Wir können uns daher begnügen, hierauf zu verweisen und zu bestätigen, daß die neue Auflage durch Über-

Digitized by Google

prüfung mehrfach verbessert und durch die Berücksichtigung der neueren Rechtsprechung in willkommener Weise ergänzt ist.

Die Preuß. Gebührenordnung für approbierte Ärzte und Zahnärzte vom 1. September 1920. Mit Einleitung, Anmerkungen und Sachregister. Von Prof. Dr. E. Dietrich, Wirkl. Geh. ObMedRat. Berlin 1920 bei Richard Schoetz. 56 Seiten. Preis 5,50 M.

Das Büchlein ist der in Aussicht gestellte „Nachtrag" zu der hier im Heft 25 S. 497 besprochenen 7. Auflage des Förster-Dietrichschen Kommentars und bringt die neue, am 1. Oktober 1920 in Kraft getretene Gebührenordnung mit Anmerkungen nur zu denjenigen Vorschriften, welche die bisherige Gebührenordnung abändern oder ergänzen. Für die Besitzer jenes Kommentars wird daher der Nachtrag unentbehrlich sein. Die Einleitung entwickelt die Entstehungsgeschichte der neuen Gebührenordnung, insbesondere auch auf Grund der darüber im Ministerium für Volkswohlfahrt zwischen Vertretern der Verbände der Sozialversicherung, der Ärzte und Zahnärzte gepflogenen Verhandlungen. Somit enthält sie ein halbamtliches Auslegungsmaterial, das zum Teil in den Anmerkungen wiederkehrt.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern der Zeitschrift an dieser Stelle der Regel nach unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder eine zivilrechtliche Haftung wird nicht übernommen. Ist Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere Begründung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft gewünscht oder erscheint die Sache zur Veröffentlichung nicht geeignet, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor.

Erstattungsanspruch nach § 197 RVO. gegen die Kasse des Ehemannes der Wöchnerin nach jetziger oder früherer Fassung des § 205a?

1. **Nach Heidelberg.** Antwort: Nach § 205a Abs. 1 Ziff. 2 RVO. in der Fassung des Ges. v. 22. 5. 20 steht den dort bezeichneten weiblichen Angehörigen der Versicherten Wochenhilfe nur zu, wenn sie einen Anspruch darauf nicht schon nach § 195a, also aus eigener Versicherung, haben. Nach der früheren Fassung des § 205a (Ges. v. 26. 9. 19) war der Anspruch nicht von dieser Voraussetzung abhängig, sondern er stand den „versicherungsfreien" Ehefrauen usw., d. h. den nicht versicherungspflichtigen schlechthin zu. Es konnte also z. B. auch eine freiwillig versicherte Ehefrau, die Anspruch aus § 195a hatte, gleichwohl Anspruch aus § 205a gegen die Kasse erheben, bei der ihr Ehemann versichert war, und die hiernach leistungspflichtige Kasse konnte dann als erstattungspflichtig nach § 197 diejenigen Kassen in Anspruch nehmen, bei denen der Ehemann im Jahre vor der Niederkunft seiner Frau versichert war (zu vgl. ArbVers. 1919 S. 618 Ziff. 3a und c, 1920 S. 119 Ziff. 2). Ein solcher Erstattungsanspruch aus der Zeit vor Geltung des Ges. v. 22. 5. 20 kann auch noch jetzt erhoben werden, wenngleich nach diesem Gesetze ein Anspruch auf Familienwochenhilfe im Hinblick auf die Gesetzesänderung (§ 205a Abs. 1 Ziff. 2) nicht mehr gerechtfertigt sein würde. Denn maßgebend ist nicht das Gesetz, welches zur Zeit der Anspruchserhebung gilt, sondern das Gesetz, welches zur Zeit der Entstehung des Anspruchs in Kraft war (zu vgl. Entsch. des RVA. 2146 Amtl. Nachr. 1916 S. 350).

Bezahlung holländischer Ärzte in holländischer Währung.

2. **Nach Bardenberg.** Frage: Wir bitten um Auskunft in folgender Sache: Unser Kassenbezirk liegt an der holländischen Grenze. Ein kleiner Teil der Bergleute, welche auf den im Knappschaftsvereinsbezirk liegenden Gruben beschäftigt sind, wohnt in holländischen Grenzortschaften. Die Patienten, welche in einem dringenden Notfalle oder, wenn sie außerhalb des Sprengels wohnen und bettlägerig krank sind, einen holländischen Arzt in Anspruch nehmen müssen, verlangen von uns Ersatz der Arzt- und Apothekerkosten nach dem jeweiligen Guldenkurs. Wir sind im Zweifel, ob wir gesetzlich verpflichtet sind, die Kosten nach dem jeweiligen oder nach dem Friedensguldenkurs zu ersetzen, zumal die Mitglieder die Beiträge nicht nach Gulden, sondern nach dem Markkurs bezahlen. Wir haben in den holländischen Grenzortschaften einen abgegrenzten Kursprengel; für diejenigen in Holland wohnenden Mitglieder, die keinem Kursprengel angehören, hat § 60 unserer Satzung eine Bestimmung geschaffen, daß sie als Ersatz für Kur und Arznei das Krankengeld bis zur Höhe von neun Zehnteln des Grundlohns erhalten sollen.

Antwort: Abgesehen von den im letzten Satz bezeichneten Fällen, hat die Kasse den in den fraglichen Grenzorten erkrankten Versicherten die ärztliche Behandlung als eine Sachleistung zu gewähren, und zwar grundsätzlich durch den Kassenarzt, in dringenden Fällen aber gemäß § 368 RVO. auch durch Bezahlung der Kosten eines anderen Arztes. Daß in solchen Fällen auch ein holländischer Arzt statt eines im Inland approbierten Arztes zugezogen werden darf, die Kasse also die ihm gebührende Vergütung bezahlen muß, beruht auf einem Staatsabkommen mit den Niederlanden (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 2 zu § 122 und Anm. 2 Abs. 3 zu § 157 RVO.). Wenn die Kasse mit holländischen Ärzten keine Vereinbarung über die Höhe der Vergütung getroffen hat, haben diese Ärzte nach § 612 Abs. 2 BGB. Anspruch auf die „übliche Vergütung", das heißt: auf die an dem holländischen Ort übliche Vergütung. Dort aber zahlt man in holländischer Währung, so daß der Stand der Valuta den Arzt (leider!) nichts angeht. Er hat sein Honorar in holländischen Gulden zu beanspruchen, und die Kasse muß, wenn sie in deutscher Währung zahlt, die dem jeweiligen Guldenkurse entsprechende Anzahl von Mark aufbringen. Entsprechendes gilt von den Arzneikosten. Daß die Beiträge nicht nach dem Gulden-, sondern nach dem Markkurse berechnet werden, ist ohne Belang, da die Bemessung der Sachleistungen (anders als bei den Barleistungen) durchaus unabhängig ist von dem Grundlohn und folglich von der Höhe der Beiträge.

Digitized by Google

Zuständigkeit zur Streitentscheidung über Erstattungsansprüche auf Grund von Vereinbarungen zwischen Kassen (§§ 222, 224 RVO.).

3. **Nach Hildburghausen.** Antwort: Die Zuständigkeit zur Entscheidung eines Streites bestimmt sich nach dem Vorbringen, worauf der Kläger seinen Anspruch gründet. Behauptet eine Kasse in einer von ihr erhobenen Klage auf Erstattung nach § 222 RVO., daß über die Höhe solcher Ansprüche eine allgemeine Vereinbarung zwischen ihr und der beklagten Kasse getroffen sei, so ist für den Streit hierüber die Zuständigkeit des Versicherungsamts nach § 224 begründet (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 2 zu § 224; Entsch. des RVA. 2228, ArbVers. 1916 S. 583). Daß die beklagte Kasse das Bestehen einer solchen Vereinbarung zwischen ihr und der klagenden Kasse bestreitet, weil diese dem allgemeinen Abkommen bisher nicht beigetreten sei, hat nicht die Unzuständigkeit des angerufenen Versicherungsamts zur Folge, sondern die klagende Kasse kann in diesem Falle nur der Abweisung insoweit ausgesetzt sein, als ihr Anspruch über das aus § 222 sich ergebende gesetzliche Maß hinausgeht.

Anspruch auf Wochenhilfe bei Aufgabe der Beschäftigung einige Tage vor der Entbindung.

4. **Nach G.** Frage: Sind Wöchnerinnen, die nicht wegen Erwerbslosigkeit (§ 214 RVO.), sondern wegen der bevorstehenden Entbindung aus ihrer versicherungspflichtigen Beschäftigung 2 bis 5 Tage vor der Niederkunft ausscheiden mußten, zum Bezuge des Wochen- und Stillgeldes nach § 195a RVO. berechtigt?

Antwort: Sobald die Versicherten die Beschäftigung aufgeben, werden sie erwerbslos im Sinne des § 214 RVO., auf den Grund hierfür kommt es dabei nicht an. Sie scheiden damit aus der Kasse aus, sofern sie sich nicht freiwillig weiterversichern. Tritt die Entbindung innerhalb dreier Wochen ein, so haben sie unter den Voraussetzungen des § 214 Anspruch auf Wochenhilfe aus § 195a, denn diese gehört zu den Regelleistungen.

Krankengeld trotz Krankheit und Arbeitsunfähigkeit bei Beginn der Versicherungspflicht.

5. **Nach B. D. W.** Antwort: Sie nehmen an, daß die Vorschriften der RVO. über Krankenversicherung „von dem Gesichtspunkte der Leistung und Gegenleistung" ausgehen, und folgern, daß jemand, der durch die Erhöhung der Versicherungsgrenze auf 15 000 ℳ versicherungspflichtig geworden ist, in diesem Zeitpunkt aber bereits arbeitsunfähig krank und von Beiträgen befreit war, keinen Anspruch auf Krankengeld haben könne. Dies ist irrig. Da der Mann nach Ihrer Darstellung nicht aus dem Arbeitsverhältnis entlassen, sondern nur beurlaubt war und sein Gehalt bezog, war er trotz Unterbrechung der tatsächlichen Arbeitsleistung versicherungspflichtig und Pflichtmitglied Ihrer Kasse und hatte als solches sofort Anspruch auf die satzungsmäßigen Leistungen, also insbesondere auf das hier in Frage stehende Krankengeld, unabhängig davon, daß für ihn Beiträge bisher nicht entrichtet waren und gemäß § 383 RVO. auch weiter nicht zu entrichten waren. Dies entspricht anerkannter Rechtsübung, die auf dem Begriffe des Beschäftigungsverhältnisses im Sinne des § 165 sowie auf §§ 206, 306 RVO. beruht (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 1, 21, 22 zu § 165, Anm. 2 zu § 206).

Ablehnung der Bestrafung aus § 539 RVO. durch das Versicherungsamt.

6. **Nach Osterfeld i. W.** Antwort: § 530 RVO. setzt für die Verhängung der Strafen einen Strafantrag der Kasse nicht voraus. Vielmehr kann das Versicherungsamt die Strafe verhängen, sobald es von der Übertretung Kenntnis erhält. Ob diese sich auf eine Anzeige des Kassenvorstandes oder einer anderen Person stützt, ist an sich unerheblich. Anderseits ist das Versicherungsamt nicht verpflichtet, eine Strafe zu verhängen, sondern es „kann" dies tun. Hierbei hat es freilich nach pflichtgemäßem Ermessen zu entscheiden. Gegen die ablehnende Entscheidung steht der Kasse nach der Entsch. des RVA. 2167 (ArbVers. 1916 S. 369) das Recht der Beschwerde zu.

Freiwilliger Beitritt nur bei Einkommen von nicht über 2500 ℳ. — Voraussetzungen für den Krankengeldanspruch Kriegsbeschädigter.

7. **Nach Quedlinburg.** Antwort: a) Das Recht zum freiwilligen Beitritt nach § 176 RVO. ist nach wie vor dadurch bedingt, daß das Jahreseinkommen des Beitretenden 2500 ℳ nicht übersteigt (zu vgl. ArbVers. 1920 Heft 23 S. 459 Ziff. 4). Der Kasse steht es nicht zu, im Hinblick auf die Geldentwertung Ausnahmen bei einem höheren Einkommen zuzulassen.

b) Wir haben keinen Anlaß, von unserer im Jahrg. 1920 Heft 29 S. 580 Ziff. 12, 13 begründeten Auffassung abzugehen.

c) Der auf Veranlassung der Militärverwaltung in einem Genesungsheim untergebrachte Kriegsbeschädigte hat, wenn er arbeitsunfähig ist, Anspruch auf Krankengeld gegen die Krankenkasse nur dann, wenn er als deren Mitglied oder zwar nach seinem Ausscheiden, aber unter den Voraussetzungen des § 214 RVO. erkrankt ist. Trifft weder das eine noch das andere zu, so besteht ein Anspruch gegen die Kasse auch dann nicht, wenn sich herausstellen sollte, daß bei der Erkrankung des Kriegsbeschädigten die Voraussetzungen für Gewährung der Erwerbslosenunterstützung noch bestanden haben, er aber von der Gemeinde bei der Kasse abgemeldet war. Denn damit war die durch die Anmeldung der Gemeinde nach § 12a Abs. 1 Vrdg. über Erwerbslosenfürsorge begründete Kassenmitgliedschaft erloschen. Die vorzeitige Abmeldung aber muß der Versäumung der Anmeldung gleichgelten, also die im § 12a Abs. 2 Vrdg. vorgesehene Pflicht der Gemeinde zur Gewährung der Krankenhilfe nach sich ziehen.

Antrag auf Aufnahme von Gewerbsanlagen in den Knappschaftsverein.

8. **Nach Dinslaken.** Antwort: Die angeführte Bestimmung der Satzung entspricht dem Gesetze (§ 1 Abs. 3 des preuß. Knappsch. Ges.). Danach können die Arbeiter und Beamten der mit der Zechenverwaltung verbundenen Bauabteilung in den Knappschaftsverein aufgenommen werden, wenn der Werksbesitzer und die Mehrheit jener Arbeiter und Beamten es beantragen. Darin, daß ein Angestellter des Knappschaftsvereins den einzelnen Arbeitern Zustimmungserklärungen zu dem Antrage vorlegt und sie unterschreiben läßt, können wir

Digitized by Google

nichts Unstatthaftes erblicken. Es ist Sache der Arbeiter, sich vor der Unterschrift über den Inhalt des Schriftstückes und seine Bedeutung zu vergewissern. Wenn sie nicht durch unlautere Mittel zur Unterschrift veranlaßt, insbesondere etwa über den Inhalt getäuscht worden sind, ist gegen diese Art der Stimmenwerbung nichts einzuwenden. Wir wüßten nicht, worauf die Ortskrankenkasse ein Recht des Einspruchs gegen dies Verfahren sollte gründen können.

Regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst (§ 165 Abs. 2 RVO.).

9. **Nach Bielefeld.** Antwort: Der Opernsänger ist nach § 165 RVO. versicherungspflichtig, sofern sein regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst 15 000 ℳ nicht übersteigt. Bei festen Monatsbezügen ist das Zwölffache des Monatsbezuges nur dann als „regelmäßiger" Jahresarbeitsverdienst anzusehen, wenn kein Anlaß für die Annahme vorliegt, daß der Bezug für einen Teil des Jahres wegfallen oder sich mindern wird. Steht dagegen, wie im vorliegenden Falle, von vornherein fest, daß die Beschäftigung — die Spielzeit am Theater — nur acht Monate dauert, und folglich der Monatsbetrag nur achtmal im Jahre gezahlt werden wird, so kann als regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst aus dem in Frage stehenden Beschäftigungsverhältnisse nur das Achtfache des Monatsbezuges gelten. Daraus folgt im vorliegenden Falle, daß der Sänger versicherungspflichtig ist.

Beginn und Dauer der Leistungspflicht der Kasse gegenüber dem Ersatz begehrenden Armenverbande.

10. **Nach Waldenburg i. Schl.** Frage: Ein Zeichner R. war Mitglied unserer Krankenkasse vom 1. 2. 19 bis 3. 3. 20. Am 31. 8. 20 wurde er wegen Geisteskrankheit in die Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt B. aufgenommen, und der Landarmenverband beanspruchte von uns die Übernahme der Verpflegungskosten von täglich 9 ℳ bis zum Ablauf der 26wöchigen Kurfrist. Wir haben die Übernahme der Kosten mit der Begründung abgelehnt, daß R. am 31. 8. nicht mehr Mitglied gewesen sei und § 214 RVO. nicht mehr in Frage komme. Der Landarmenverband wendet demgegenüber ein, daß R. am 3. 3. 20 infolge seiner Erkrankung entlassen worden sei. Kassenmitglieder aber, welche erkrankt und arbeitsunfähig geworden sind, würden durch die während der Krankheit eintretende Lösung des Arbeitsverhältnisses nicht erwerbslos, sie seien es bereits. Durch die Tatsache ihrer Erkrankung hätten sie ihre Mitgliedschaft nicht verloren. Die Anstaltsdirektion habe sich unterm 4. 11. 20 dahin geäußert, daß nach dem Aufnahmegutachten die Krankheit schon seit Anfang 1919 bestehe; der Erkrankte selbst habe bereits bei der Aufnahme angegeben, er sei „geisteskrank, das Geistesvermögen lasse nach", er habe dies schon seit Februar 1919 bei der Arbeit gemerkt, und wenn diese Aussagen auch mit Vorsicht zu bewerten seien, so könne man doch im Zusammenhang mit den amtlichen Ermittlungen daraus entnehmen, daß der Erkrankte bereits am 3. 3. 20 krank im Sinne der RVO. gewesen sei. Der Landarmenverband fährt fort: „Da in diesem Krankheitsfalle noch keine Krankenunterstützung gezahlt worden ist, ist der Beginn der 26wöchigen Verpflichtungsdauer auf den 31. 8. 20 (den Aufnahmetag in B.) zu verlegen, da von diesem Tage ab dem Kranken die erste Unterstützung durch uns zuteil geworden ist." — Der Arbeitgeber hat nachträglich beauskunftet, daß die Entlassung R.s infolge seines eigenartigen Benehmens erfolgt ist, und die Polizeiverwaltung des Wohnorts äußert sich auf unsere Anfrage dahin, daß das Auftreten der Geisteskrankheit im März 1920 wahrgenommen worden ist, daß der Mann in der Zeit vom 4. 3. bis 30. 8. 20 keiner Beschäftigung nachgegangen, sondern zu Hause gewesen ist, daß er aber nicht in ärztlicher Behandlung gestanden hat. — Uns will es zunächst zweifelhaft erscheinen, ob der Landarmenverband sich mit Erfolg auf § 311 RVO. berufen kann. Sollte aber wirklich angenommen werden müssen, daß schon beim Ausscheiden aus der Beschäftigung Arbeitsunfähigkeit bestanden hat, so müßte das Krankengeld (ohne Krankenpflege) vom 4. März ab gezahlt werden. Die 26. Woche wäre alsdann am 2. September abgelaufen, so daß der Landarmenverband nur die Verpflegungskosten für drei Tage, und zwar für Krankenpflege $^3/_5$ und für Unterhalt $^2/_5$ des Grundlohns, das sind 8,75 ℳ für den Tag, zu beanspruchen hätte. Oder wäre auch das vom 4. 3. 1920 ab nachzuzahlende Krankengeld dem Landarmenverbande zur Deckung der laufenden Verpflegungskosten zu überweisen?

Antwort: Daß R. beim Ausscheiden aus der Kasse, am 3. 3. 20, bereits geistig erkrankt war, erscheint sicher; daß er infolge dieser Krankheit auch arbeitsunfähig war, erscheint wenigstens wahrscheinlich, da er seitdem einer Beschäftigung nicht mehr nachgegangen ist. Nötigenfalls würde diese Frage durch ärztliche Begutachtung zu klären sein. War R. bereits vor seinem Ausscheiden erkrankt und seit seinem Ausscheiden arbeitsunfähig, so hatte er Anspruch auf Kassenleistungen nach §§ 182, 183 RVO., insbesondere auf Krankengeld für 26 Wochen. Infolgedessen blieb er nach § 311 Mitglied der Kasse und war noch Mitglied, als er am 31. 8. 20 vom Armenverbande in die Heilanstalt aufgenommen wurde. Daher kann der Armenverband nach §§ 1331 ff. Ersatz seiner Aufwendungen aus dem dem R. zustehenden Anspruch verlangen. Daß R. selbst einen Anspruch bis dahin nicht erhoben, also den nach § 1545 erforderlichen Antrag nicht gestellt hatte, kommt nicht in Betracht; soweit es sich um den Ersatzanspruch des Armenverbandes handelt, genügt sein Antrag (zu vgl. ArbVers. 1916 S. 262 Ziff. 5). Nun ist es aber keineswegs richtig, daß, wie die Kasse annimmt, die Leistungsfrist von 26 Wochen hinsichtlich des Krankengeldes unbedingt mit Eintritt der Arbeitsunfähigkeit beginnt; vielmehr steht es dem Versicherten und folglich auch dem Armenverbande frei, solange die Kasse noch nicht mit der Unterstützung begonnen hatte, die Leistungen von einem späteren Zeitpunkt ab zu fordern, und dann beginnt die Frist von 26 Wochen erst mit diesem Zeitpunkt (zu vgl. Hahn, Anm. 2d zu § 183 und die dort nachgewiesenen Entscheidungen). Der Armenverband kann also im vorliegenden Falle Ersatz aus dem Krankengelde für 26 Wochen nach näherer Vorschrift der §§ 1532, 1533 Ziff. 3 beanspruchen.

Einheitlicher Versicherungsfall oder Mehrheit von Erkrankungen?

11. **Nach Königswusterhausen.** Antwort: Ihre Annahme, daß in dem ersten Falle beim Eintritt der dritten Arbeitsunfähigkeit die Voraussetzung des § 214 RVO. bestanden habe, ist unrichtig, wenngleich das Mitglied inzwischen aus der

Digitized by Google

Kasse ausgeschieden war. Denn da in den Zeiten zwischen den drei Zeiten der Arbeitsunfähigkeit Krankenpflege gewährt wurde, lag ein einheitlicher, fortdauernder, schon bei bestehender Mitgliedschaft eingetretener Versicherungsfall vor, nicht — wie § 214 RVO. voraussetzt — ein neuer, erst nach dem Ausscheiden eingetretener Versicherungsfall. Das Krankengeld war sofort vom ersten Tage dieser dritten Arbeitsunfähigkeit zu gewähren; denn die drei Wartetage (§ 183 Ziff. 2 RVO.) zählen vom Beginn der Krankheit, nicht der Arbeitsunfähigkeit. Anders läge die Sache dann, wenn vor Eintritt der dritten Arbeitsunfähigkeit das Bedürfnis der Heilbehandlung weggefallen wäre. Dann läge, wenngleich die Krankheitsursache nicht behoben war, im Rechtssinne eine neue Erkrankung vor, wegen deren erst vom vierten Krankheitstage ab Krankengeld zu zahlen wäre. — Im zweiten Falle ist es unerheblich, ob die beiden Erkrankungen an Lungenbluten auf der gleichen, nicht gehobenen Ursache (vermutlich Lungentuberkulose) beruhen oder nicht. Denn da in der Zwischenzeit weder Arbeitsunfähigkeit noch ein Bedürfnis für Krankenpflege bestand, handelte es sich um einen neuen Versicherungsfall (neue Krankheit im Rechtssinne). Es wurde daher eine neue Leistungsfrist von 26 Wochen in Lauf gesetzt.

Größere Torfgewinnungsbetriebe sind niemals landwirtschaftliche Nebenbetriebe im Sinne der Unfall- und der Krankenversicherung.

12. **Nach Rathenow.** Antwort: Auch auf dem Gebiete der Krankenversicherung wird man für die Frage, ob ein Unternehmen einen landwirtschaftlichen Nebenbetrieb darstellt, die bezüglichen Vorschriften der Unfallversicherung gelten lassen müssen, um so mehr, als § 417 RVO. darauf verweist. Nun kann ein Torfgewinnungsbetrieb sehr wohl ein landwirtschaftlicher Nebenbetrieb sein nach § 918 Ziff. 3. Er ist es aber nicht, wenn er über einen gewissen Umfang hinausgeht, nämlich wenn in ihm die Zahl der Arbeitstage der beschäftigten versicherungspflichtigen Personen im Jahresdurchschnitt 1200 übersteigt. Das war bereits bestimmt durch Vorschriften des RVA. vom 16. Oktober 1901 (AN. 01, 623). Diese sind auch unter der Herrschaft der RVO. in Kraft geblieben, die in § 919 Ziff. 2 vorschreibt, daß § 918 nicht für Betriebe gilt, die vom RVA. wegen ihres erheblichen Umfanges, besonderer Einrichtung mit Maschinen, der Zahl ihrer gewerblichen Arbeiter den Fabriken gleichgestellt werden (vgl. Moesle-Rabeling, Unfallversicherung, Anm. 3 zu § 919).

a) **Urlaubsüberschreitung löst nicht ohne weiteres das Beschäftigungsverhältnis.** b) **Durch Anspruch aus § 214 RVO. wird keine Beitragspflicht begründet.** c) **Bezug von Stillgeld allein verlängert nicht die Mitgliedschaft nach § 311 RVO.**

13. **Nach Augsburg.** Antwort: a) Dadurch, daß der Versicherte den ihm von der Firma gewährten Urlaub überschritten hatte, als er erkrankte, ist das Beschäftigungsverhältnis nicht gelöst worden, solange nicht die Firma ihn aus dem Dienstverhältnis entlassen hatte. Er ist also als Mitglied erkrankt und hat Anspruch auf Kassenleistungen. Daß Beiträge seit Beginn des Urlaubs nicht gezahlt wurden, steht dem Anspruch nicht entgegen. Die Firma muß die Beiträge voll nachzahlen und kann dem Versicherten die auf ihn entfallenden Beitragsteile vom Lohn abziehen, wenn er wieder eintritt und eine Lohnzahlung erfolgt.

b) Ein erwerbslos Ausgeschiedener, der unter den Voraussetzungen des § 214 RVO. vor Ablauf der Dreiwochenfrist erkrankt, hat zwar noch Anspruch auf Kassenleistungen, ist aber nicht Mitglied der Kasse und hat daher Beiträge nicht zu entrichten.

c) Wenn die Wöchnerin nach dem Ablauf der Bezugszeit für das Wochengeld erkrankt ist, während sie nur noch Stillgeld von der Kasse bezog, hat sie keinen Anspruch auf Krankenhilfe, sofern weder die Voraussetzungen des § 214 RVO. vorlagen, noch Weiterversicherung nach § 313 RVO. erfolgt ist. Die Wöchnerin kann sich nicht darauf berufen, daß sie nach § 311 RVO. Mitglied geblieben sei; denn diese Vorschrift setzt Arbeitsunfähigkeit voraus, und diese war mit dem Ablauf des Wochengeldbezugs beendet. Daß die Wöchnerin zur Zeit der Erkrankung noch auf Stillgeld Anspruch hatte, rechtfertigt für sich allein nicht die Anwendung des § 311.

Kassenleistungen dürfen dem Versicherten nicht aufgedrungen werden.

14. **Nach Lautenthal.** Antwort: Selbst wenn einer der Fälle vorläge, in denen der Versicherte, obwohl er einen eigenen Haushalt hat, ohne seine Zustimmung einem Krankenhaus überwiesen werden könnte (§ 184 Abs. 3 RVO.), wäre doch die erste Voraussetzung für eine solche Anordnung die, daß der Versicherte einen Antrag auf Gewährung von Kassenleistungen gestellt hätte (§ 1545 RVO.). Daß der Kassenarzt beantragt hat, den seit langen Jahren syphiliskranken Versicherten wieder in Klinikbehandlung zu nehmen, kann den erforderlichen Antrag des Versicherten nicht ersetzen, der sich sogar, nach anfänglicher Zustimmung, durch die schließliche Erklärung, daß er sich ganz gut fühle und sich nicht krank gemeldet habe, gegen jede Krankenhilfe der Kasse ausdrücklich verwahrt hat. Die Kasse kann ihm hiernach Krankenhilfe in irgendeiner Form, sei es Hausbehandlung oder Krankenhauspflege, nicht aufdrängen. Sollten irgendwelche Gründe für die Notwendigkeit einer Zwangsheilung vorliegen, so wäre es Sache der Polizei, nicht der Krankenkasse, das Erforderliche zu veranlassen; die Kasse könnte höchstens die Anregung dazu geben. Sollte der Versicherte später wieder Kassenleistungen in Anspruch nehmen, so würde die Kasse nicht befugt sein, sie ihm wegen seines gegenwärtigen oder vergangenen Verhaltens zu versagen. Denn ein Versicherter, der ohne hinreichenden Grund die von der Kasse nach § 184 RVO. angeordnete Krankenhauspflege abgelehnt hat, verliert seinen Anspruch auf die Leistungen der Krankenkasse nur für die Dauer seines ablehnenden Verhaltens.

Grenze der Leistungspflicht der Kasse für Heilbäder.

15. **Nach Hannover.** Antwort: Fortlaufende Leistungen eines in sich gleichartigen Heilmittels, wozu auch Bäder gehören, sind als ein einheitliches Heilmittel anzusehen, dessen Kosten die Kasse nur bis zu dem in der Satzung festgesetzten Höchstbetrage zu tragen braucht (§ 182 Ziff. 1, § 193 Abs. 1 RVO.; Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 5b).

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitt, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

Heft 1307 der ganzen Folge.

38. Jahrgang | 11. Februar 1921 | Heft 5

Über die Eignung zum Mitglied des Oberversicherungsamts.

Von H. Baum, Regierungsobersekretär beim Oberversicherungsamt in Coblenz.

Mangel an Objektivität, wie er allzu hitzigen Streitern oft nicht mit Unrecht zum Vorwurf gemacht wird, dient am wenigsten der Sache selbst. Er vermag im Gegenteil der an sich guten Idee empfindlich zu schaden, zumal wenn ihm ein schlecht verhehltes Bestreben zugrunde liegt, die Sache zu verkleinern, um die Person zu vergrößern. Dieser Vorwurf auf die Ausführungen in der Zeitschrift des Gewerkschaftlichen Bundes Deutscher Verwaltungsbeamten und die streitbare Replik des Herrn Krankenkassen-Geschäftsführers Bruns (vgl. zu unserm Thema ArbVers. 1920 S. 374 und 592 sowie „Ortskrankenkasse" 1920 Sp. 510, 512) angewendet, dürfte nicht zu hart sein. Kann man schon über die Art und Weise der Behandlung dieser Frage als Standesfrage unmittelbar persönlich daran Beteiligter geteilter Ansicht sein — ich für meinen Teil halte weder die Erörterung der Sache in solchen Formen, noch einen Zwist darüber für besonders glücklich —, so darf man doch verlangen, daß die Sachdarstellung so eingehend geboten wird, daß man nicht durch Übergehungen, ob nun geflissentlich geschehen oder nicht, dem Gegner die besten Waffen selbst in die Hand drückt. Ich nehme wenigstens nicht an, daß der Mangel an erschöpfender und rein objektiver Darbietung des Sachverhaltes seinen Grund in einem erheblichen Grade von Unkenntnis in bezug auf die Materie habe. Ist das aber nicht der Fall, so scheint mir die Betrachtung der vielseitigen und vielgestaltigen Aufgaben eines Oberversicherungsamtes durch ein Verkleinerungsglas nicht das geeignete Mittel zu sein, den Wirkungskreis des mittleren Beamten bei dieser Behörde in das rechte Licht zu stellen. Aus dem Satze „diese Aufstellung bringt nur Beispiele" läßt sich unschwer der Hinweis herauslesen: also so einfache Dinge wachsen auf dem tagtäglichen Arbeitsfelde des Oberversicherungsamts, von allen anderen ganz zu schweigen. Herr Bruns hält sich schon gar nicht damit auf, den Wirkungskreis eines Oberversicherungsamts durch tiefergehende Beispiele zu belegen, um daran zu demonstrieren, was zu beweisen war. (Warum er sich überhaupt gerade für die Bürobeamten der Oberversicherungsämter so warm ins Zeug legt, weiß ich freilich nicht.) Es kann also nicht wundernehmen, wenn alsdann der Beweis glücken muß, daß der Jurist im Oberversicherungsamt so gut wie überflüssig ist.

Nun wird ja allerdings in beiden Aufsätzen dem mittleren Beamten die Möglichkeit, sich ein erhebliches Maß von „juristischen" Kenntnissen durch die Praxis anzueignen, zugetraut, und Tatsache ist auch ferner, daß ein gut Teil der dem Juristen vorbehaltenen Entscheidungen weniger auf eigentliches Rechtsstudium als vielmehr auf Gesetzeskenntnis, gepaart mit gesundem Menschenverstand und ein wenig Mutterwitz,

Digitized by Google

zurückgeht. Und richtig ist auch, daß der Jurist, insbesondere während der Kriegszeit, die ihn mit damals viel wichtigeren Dingen fast ganz in Anspruch nahm, auch die eigentlich rechtswissenschaftlichen Entscheidungen fast durchweg dem Büro überließ, so daß für ihn in der Hauptsache die Unterschrift übrig blieb. Eine solche durch die Not der Zeit geborene Gepflogenheit beweist aber nicht ohne weiteres die Befähigung von Nichtjuristen zu richterlicher Tätigkeit, sondern nur einen gewissen Leichtsinn der Behörde, die nicht für eine ausreichende Stellvertretung im Vorsitz des Oberversicherungsamtes sorgte, und bestenfalls, daß es eine Zeitlang „auch so geht". Wie denn ein wohlgeschulter Gesangverein im Notfall auch ohne Taktstock zurechtkommen kann, ohne damit schon gleich die Überflüssigkeit des Dirigenten darzutun. Vielleicht geht dieser Vergleich etwas zu weit, da man den Juristen wohl nicht ganz aus dem Oberversicherungsamte entfernen wollte. Aber für einen erheblichen Teil der alsdann noch verbleibenden, bisher dem Juristen vorbehaltenen Tätigkeit kann es doch gelten. Wie viele der so zustande gekommenen Urteile jedoch der Aufhebung durch die oberste Spruch- oder Beschlußbehörde unterlagen, wäre eine zweite Frage, die nur an Hand von ausreichendem statistischen Material geprüft werden könnte. Eine Prüfung in dieser Richtung würde aber zweifellos auch zur Sache gehören.

Gewiß: es läßt sich mit natürlicher Fähigkeit im Verein mit Gesetzeskenntnis und praktischer Erfahrung recht viel leisten, und ein Jurist, der über das alles verfügt, hat sicher das Zeug zum Justizminister. Aber einem „Nur-Praktiker", der seine ganze Weisheit aus Übung und Gewohnheit schöpft, ersetzt sie doch nicht dasjenige Maß an theoretischen Kenntnissen, die nun einmal die Vorbedingung für eine ersprießliche Praxis sind. Ich glaube wenigstens nicht, daß der beste Feldwebel ohne Kenntnis von der Schlacht bei Cannä die Analogie von Tannenberg ausgedacht hätte. Wendet man mir ein: „Grau, lieber Freund, ist alle Theorie", so erwidere ich: Das gilt doch nur für eine Theorie, die sich als Selbstzweck betrachtet, nicht auch dann, wenn sie in der Praxis zweckmäßig angewandt wird. Es heißt auch: „Probieren geht über Studieren." Aber auch das ist cum grano salis (mit vernünftigem Vorbehalt) zu verstehen, und man wird mit manchem Fehlschlag zu rechnen haben, wenn man an eine allgemeine Gültigkeit von Sprichwörtern glaubt. Fehlschläge auf dem Gebiete des Rechts sind aber schließlich auch dann noch Fehlschläge, wenn sie in der Form unanfechtbarer, endgültiger Rechtssprüche zutage treten, und dann um so mehr. Zum Experimentieren taugt jedenfalls das Gebiet des Sozialrechts ebensowenig wie das der Medizin, und einem „Knochenarzt" in die Hände fallen, ist weder auf dem einen noch auf dem anderen Gebiete erfreulich. —

Mit den bisherigen, einleitenden Ausführungen werde ich mir wohl hoffentlich nicht das Odium zugezogen haben, zu persönlichem Vorteil das Interesse der Juristen wahrgenommen zu haben. Da ich aber diese Seite meiner Persönlichkeit nur zur Steuer der objektiven Wahrheit hervorkehrte, so will ich im gleichen Interesse nunmehr darlegen, inwieweit ich den Bemerkungen des Gewerkschaftlichen Bundes und des Herrn Bruns zustimme.

Jawohl: es gibt beim Oberversicherungsamt eine ganz erhebliche Menge von Dingen, zu deren sachgemäßen Erledigung man gewiß nicht Jurisprudenz studiert zu haben braucht. Zweifellos bedarf es keiner eigentlich rechtswissenschaftlichen Kenntnisse, um jemandem zu sagen, daß seine Berufung um drei Monate verspätet sei, oder um durch Augenschein zu ermitteln, daß der rechte Zeigefinger eines Bauern rechtwinklig versteift ist, oder um ein ärztliches Gutachten richtig dahin zu begreifen, daß ein Leiden nicht Unfallfolge ist. Die Beispiele dieser Art lassen sich beliebig aus jedem der drei großen Gebiete des in der RVO. vereinigten Sozialversicherungsrechts vermehren. Und doch:

Digitized by Google

eine Spur von Juristerei steckt auch in solch einfachen Dingen, sofern es sich um die Anwendung des bestehenden Rechts an Hand des Gesetzes auf den jeweils verschieden gelagerten Fall handelt, auch wenn dazu kein besonderer Scharfsinn vonnöten ist, sondern es nur auf die vollkommene und verständnisvolle Beherrschung des Gesetzes und der überlieferten Formalien ankommt. Auch wird hier angesichts vollendeter Tatsachen leicht übersehen, daß der rechte Gebrauch der dem Richter an die Hand gegebenen Beweismittel, die erst die zu beurteilende Tatsache liefern, ein Maß von Umsicht und Überlegung erfordert, das nicht einfach auf der Kenntnis des Gesetzestextes und seiner Auslegung, auch nicht auf Übung allein beruht, und das in seiner Dürftigkeit die klagende Partei, in seiner Überfülle den Staat schädigt. Wollte man aber da eine reinliche Scheidung zwischen juristischer Tätigkeit im allgemeinen Sinne und Büroarbeit vornehmen ebenso peinlich, wie man die Arbeit des Kanzleibeamten und des Sekretärs gegeneinander abgegrenzt hat, so bliebe für den letzteren eigentlich nichts übrig als die Führung der verschiedenen Prozeßlisten, Tagebücher, Terminkalender, Kontrollen, des Protokolls in den Sitzungen, der Registratur, die Entgegennahme mündlicher Berufungen und die Expedition ganz schematischer Bescheide und Entscheidungen: eine Tätigkeit, die man allerdings nicht mit dem Gehalte einer 7. oder 8. Besoldungsgruppe entgelten dürfte. Es ergibt sich also aus der Natur der Sache ohne weiteres, daß sich die Grenzen verschiedentlich nach beiden Seiten hin ausbuchten. Wenn sie sich aus Bequemlichkeit des Juristen auch ganz auflösen, so ist das eben nicht in der Ordnung und rechtfertigt an sich keinen anderen Schluß.

Die Tatsache aber, daß hier eine strenge Begrenzung der Arbeitsgebiete nicht möglich ist, berechtigt dagegen auch meines Erachtens zu der Forderung, im Interesse eines wirtschaftlicheren Verfahrens und zur Entlastung der Juristen von Arbeitsleistungen, deren objektiver Wert im umgekehrten Verhältnis zu dem der Rechtsgelehrtheit steht, die gesamte Bearbeitung solcher Dinge nicht nur stillschweigend tatsächlich, sondern auch in aller Form in die Hände des mittleren Beamten als des dafür allein verantwortlichen Redakteurs zu legen, sofern er sich dazu eignet. Die Frage nach dem „Wie" der praktischen Ausführung dieses Gedankens ist aber nicht ganz so einfach wie die Forderung selbst. Soll der mittlere Beamte deshalb der vollberechtigte Kollege des höheren werden? Das bedeutete bei der gegenwärtigen Organisation der Oberversicherungsämter nicht mehr und nicht weniger als seine Aufnahme in das Kollegium der Regierung, und damit würde er nicht nur berechtigt, sondern unter Umständen sogar verpflichtet sein, in ganz anderen Dingen als Stimmberechtigter mitzuwirken, von denen er aber seiner gesamten Vorbildung nach nicht immer die nötige Sach- und Rechtskenntnis besitzt. Ich denke z. B. an Fälle, in denen das Plenum der Regierung zu entscheiden hat. Den mittleren Beamten hier ausschalten, hieße ihn zurücksetzen. Oder soll er jedesmal den Juristen als eine Art bequemer Ratgeber in der Westentasche um Rat angehen, wenn ihm die Sache nicht geheuer vorkommt? Ich würde dem Fragenden erwidern: ‚Wenn Sie Redakteur sind, dann bitte redigieren Sie auch.' — Das sind sicher keine gangbaren Wege, und ich befürchte, es käme dabei für manchen Beamten, dem nichts widriger wäre als gerade dieser Erfolg seines Emporstrebens, eine recht prekäre Lage heraus. Ich wenigstens finde mehr Geschmack an der aufrechten Ansicht des alten Kanonenkönigs Krupp, der seiner Adelung mit dem Hinweis entging, er wolle lieber der erste Bürger, als der letzte Aristokrat sein, und ich glaube, mancher, der sich noch nicht hat den Kopf umnebeln lassen von allen möglichen Zukunftsphantasien, die wenigstens für die gegenwärtige Generation größtenteils Phantasien bleiben werden, wird mir diese Ansicht nicht verargen können. Eine organische Entwicklung, die sich naturgemäß allmählich vollzieht, wird man keinesfalls ungestraft sprunghaft zu sein zwingen. —

Digitized by Google

Als praktisch durchführbar und beide Teile befriedigend, d. h. wenigstens keinen verletzend, erscheint mir für den Anfang folgendes Verfahren:

I. Bis zum Eingang des Aktenmaterials, das erst den vollen Überblick über die Sach- und Rechtslage gewährt, ist der Sekretär selbständiger Führer des Schriftwechsels, der sich fast durchweg in Formalien erschöpfen wird.

II. Danach scheidet der Dezernent den ihm vorgelegten vollständigen Schriftwechsel in Fälle,

1. die er wegen des spezifisch rechtlichen Charakters der Sache oder Streitfrage selbst weiter bearbeiten muß;
2. die er dem Bürobeamten zu seinerseitiger ausschließlicher Erledigung glaubt überlassen zu können.

Die ersteren Sachen hätte der Dezernent etwa mit einem Kreuz zu bezeichnen, und der Sekretär hätte sie weiterhin lediglich als Expedient nach Angabe des Dezernenten zu behandeln, während dem Dezernenten die Rechtsprechung einschließlich der Abfassung des Urteils oder überhaupt die endgültige Regelung verbliebe.

Die anderen Sachen dagegen hätte ausschließlich der Sekretär bis zu Ende durchzuführen. Es fiele ihm also auch die Rechtsprechung in solchen Fällen zu, was angesichts der Tatsache, daß einerseits selbst in rein juristischen Fällen eine Überstimmung des Juristen durch die Laienbeisitzer des Oberversicherungsamts nicht zu den Seltenheiten gehört, anderseits der Kreisversicherungssekretär tatsächlich, wenn auch bisher nur in Ausnahmefällen, auch zur rechtsprechenden Tätigkeit zugelassen werden kann, unbedenklich erscheinen dürfte. — Dabei soll nicht ausgeschlossen sein, daß eine bereits verteilte Sache im Laufe der weiteren Behandlung wechselseitig wieder abgegeben werden kann.

III. Um dem Sekretär die seiner Selbständigkeit in gewissen Fällen entsprechende Stellung nach außen hin zu geben, wäre ihm eine dies zur Geltung bringende besondere Amtsbezeichnung beizulegen (Amtmann?). Im übrigen hätte er jedoch den Rang seiner Sekretärklasse zu behalten; denn da er ja, der Behauptung nach, bisher schon — von der eigentlichen Rechtsprechung in Sitzungen abgesehen — in weitestem Umfange selbständig tätig war, so würde die auch förmliche Beleihung mit den Funktionen eines leitenden Beamten eine Rang- oder Gehaltserhöhung kaum rechtfertigen. Allenfalls ließe sich an eine gewisse Gehaltszulage denken, die indessen die neue Einrichtung nicht wieder unwirtschaftlich gestalten dürfte und zur Voraussetzung haben müßte, daß sie nicht, wie es ja leider unter „Kollegen" noch der Fall zu sein pflegt, dem scheelen Auge des Nachbarn begegnet. . .

IV. Welche Persönlichkeiten mit den erweiterten Befugnissen auszustatten wären, hätte der Dezernent zu bestimmen, im Zweifelsfalle dessen Vorgesetzter. Altersrücksichten, die der Kollegialität zuliebe den Befähigten ausschließen, wären auszuschalten; besondere Prüfungen, deren Wert recht zweifelhaft ist, desgleichen.

Alles das müßte aber erst einmal gesetzlich oder wenigstens im Verwaltungswege festgelegt werden, und zwar nach vorheriger gründlicher und sachlicher Erörterung aller Möglichkeiten durch Juristen, die auf dem Gebiete der Sozialversicherung bewandert sind, in Verbindung mit Fachleuten aus dem Stande der mittleren Beamten. Eine kritische Untersuchung an der Hand von praktischen Fällen führt jedenfalls eher zu einer befriedigenden Lösung, als parteiagitatorische Polemik, die auf der einen Seite hochfliegende Hoffnungen, auf der anderen aber eine um so größere Zurückhaltung zu zeitigen geeignet ist. — Sapere aude! (Kinder, seid vernünftig!)

Digitized by Google

Die Entwicklung des Arbeitsrechtes im Jahre 1920.

Von Dr. Franz Goerrig in Cöln.

Die beiden letzten Jahre standen in arbeitsrechtlicher Beziehung unter dem Einfluß der Reformbestrebungen und der Neukodifikation. Man hat begonnen, das in der Verfassung verankerte Versprechen einzulösen: „Das Reich schafft ein einheitliches Arbeitsrecht." Die Jahreswende gibt Veranlassung, rückschauend festzustellen, wieweit die Bestrebungen verwirklicht worden sind und welche Ausblicke die bisherigen Erfahrungen für das kommende Jahr gewähren.

Blättern wir den Jahrgang 1920 des Reichsgesetzblattes durch, so fällt uns die große Zahl der arbeitsrechtlichen Gesetze und Verordnungen auf. Wir zählen deren 97. Die einzelnen Verordnungen behandeln die verschiedensten Teilfragen. Ein klares Bild der grundsätzlichen Reformen bekommen wir nur, wenn wir die Einzelbestimmungen zunächst gruppenweise zusammenstellen und die Grundgedanken herausschälen.

Die wichtigste Frage, die des Umbaus der Arbeits- und Wirtschaftsverfassung, steht unter dem Einfluß des Gedankens der Arbeitsgemeinschaften, Produktionsgenossenschaften, Betriebsräte und der wirtschaftlichen Selbstverwaltungskörper. Nach langen Kämpfen wurde der Betriebsrätegedanke zum Gesetz und durch ihn der praktische Anfang mit der Einführung der Betriebsdemokratie gemacht. Der Arbeiter wurde durch das Betriebsrätegesetz zum Mitproduzenten und erfolginteressierten Mitarbeiter. Auf wirtschaftlichem Gebiete erstand unter gleichen Gesichtspunkten die Wirtschaftsdemokratie. Produzenten, Arbeiter, Händler und Verbraucher wurden in den Selbstverwaltungskörpern zu selbstbestimmender Gemeinschaftsarbeit zusammengeschlossen. Alle Wirtschaftsgruppen erhielten im vorläufigen Reichswirtschaftsrate eine Interessenvertretung mit gewichtigem Einfluß bei der künftigen Wirtschaftsgesetzgebung. Im Sinne der Sozialisierungsfreunde erging das Gesetz über die Sozialisierung der Elektrizitätswirtschaft und der Erlaß über die Befugnisse und die Einberufung einer Sozialisierungskommission.

Die wachsende Durchdringung der Allgemeinheit mit dem Gedanken der Arbeitsgemeinschaften und dem Gedanken der sozialen und wirtschaftlichen Zusammengehörigkeit rechtfertigte im Zusammenhange damit die Notverordnungen der Regierung über die Aufrechterhaltung und Wiederherstellung der Ruhe und Ordnung und verpflichtete in der Verordnung über die Aussperrungen und Streiks in lebenswichtigen Betrieben und der Verordnung über Betriebsabbrüche und Betriebsstillegungen Arbeitgeber und Arbeitnehmer zur Rücksichtnahme auf die Allgemeinheit vor Eintritt in den Streik und vor dem Ausspruch von Aussperrungen oder dem Beginn wesentlicher Betriebseinschränkungen.

Die arbeitsrechtliche Rechtsprechung stand unter dem vorwärtsdringenden Gedanken der schiedsrichterlichen Schlichtungstätigkeit. Dieser gegenüber traten die ordentlichen Gerichte und die arbeitsrechtlichen Sondergerichte in ihrer Bedeutung zurück.

Gegen Schluß des Jahres aber setzte eine merkliche Abwanderung von den Schlichtungsausschüssen zu den ordentlichen Gerichten und den Sondergerichten ein. Es war deshalb von Bedeutung, daß die Zuständigkeit der Gewerbe- und Kaufmannsgerichte und das aktive Recht der Teilnahme an den Beisitzerwahlen zu diesen Gerichten ausgedehnt wurde auf die gewerblichen Arbeiter und die kaufmännischen Angestellten mit einem Jahreseinkommen bis zu 30 000 Mark und die weiblichen Arbeitskräfte.

Die Sozialversicherung erfuhr in der Hauptsache nur Änderungen, die durch die fortschreitende Teuerung bedingt waren. Um der Sozialversicherung den Charakter einer möglichst alle Arbeitnehmer umfassen-

Digitized by Google

den Zwangsversicherung zu belassen, mußten die Grenzen der Versicherungspflicht und Versicherungsberechtigung um ein Vielfaches in die Höhe gesetzt werden. Die Geldentwertung bedingte gleichzeitig eine Heraufsetzung der Beiträge und Leistungen.

Die Arbeitsbeschaffung und die Fürsorge für Arbeitslose suchte man einzupassen in die Gegensätze zwischen dem Recht auf Arbeit und der Arbeitspflicht. Man behielt die Demobilmachungsverordnungen über die Einstellung und Entlassung von Arbeitern und Angestellten, die Beschäftigung von Schwerbeschädigten, die Freimachung von Arbeitsstellen, die Behebung des Arbeitermangels in der Landwirtschaft und die Beschäftigung der Schwerbeschädigten bei, legte also auch weiterhin den Arbeitgebern eine privatrechtliche Beschäftigungspflicht auf und suchte nur die mit dieser Beschäftigungspflicht verbundenen Wirtschaftshemmungen mit dem Fortschritt der Demobilmachung abzuschwächen.

Trotz der widerstrebenden Kräfte mußte auch die Verordnung über die Reichserwerbslosenfürsorge beibehalten werden. Mehr und mehr suchte man aber den bestehenden Mängeln zu begegnen durch eine Verstärkung der Kontrollvorschriften und eine mehr produktive Fürsorge durch Beschaffung von Arbeitsmöglichkeiten aus Mitteln der Erwerbslosenfürsorge, durch Umgruppierung und Berufsumschulung. Im gleichen Sinne bereitete man die Ablösung der Erwerbslosenfürsorge in der jetzigen Form durch eine Arbeitslosenversicherung vor.

Die Arbeiterschutzbestimmungen wurden wieder schärfer durchgeführt und vermehrt durch eine Verordnung zum Schutze der Bleiarbeiter, der Preßluftarbeiter, der Arbeiterinnen und jugendlichen Arbeiter in Glashütten und Glasbearbeitungswerkstätten und der weiblichen Arbeiter in Gast- und Schankbetrieben.

Von Reichs wegen wurde die Einführung gleitender Lohnskalen zu fördern versucht durch eine Reichsstatistik der Teuerungszahlen und Lohnsummen.

Im Zeichen der Teuerung stand die Erhöhung der pfandfreien Lohnbeträge, anderseits bedingte die schwierige Finanzlage des Reiches den wenig beliebten Steuerabzug.

Um Unterkunfts- und Siedlungsmöglichkeiten, besonders der Arbeitnehmer, bemühten sich das Reichsheimstättengesetz, die Verordnung über den Wucher bei der Wohnungsvermittlung, über den Schutz der Mieter und die Wohnungsbeschlagnahmungen.

Wir sehen demnach, daß durch die ganze arbeitsrechtliche Gesetzgebung des Jahres 1920 das Bestreben sich hindurchzieht, den Arbeitnehmer als Glied der Volksgemeinschaft mitzubeteiligen und mitzuinteressieren an der Produktion, das ihm eingeräumte verfassungsmäßige „Recht auf Arbeit" (Art. 163 Abs. 2) zu verwirklichen, falls er seiner ebenfalls in der Verfassung festgelegten sittlichen Arbeitspflicht (a. a. O. Abs. 1) nachkommt, ihm die erforderlichen Subsistenzmittel sicherzustellen und ihm entsprechend dem Werte seiner Arbeit eine Beteiligung am Produktionsergebnisse durch angemessenen Lohn zu gewährleisten.

Mit diesen Grundsätzen wurde der teilweise recht lebhafte Widerspruch in Arbeitgeberkreisen angeregt, die demgegenüber geltend machten, die Arbeitnehmer seien für solche Gesetzesreformen und eine so weitgehende Mitbeteiligung noch nicht reif und die Industrie, die weitgehenden Zugeständnisse zu ertragen, nicht in der Lage. Erst der Erfolg wird die Richtigkeit der einen oder anderen Ansicht bestätigen können. Aber schon jetzt darf man aus der Rechtsentwicklung des vergangenen Jahres schließen, daß es bei der Neukodifikation ohne weitgehende Kompromisse nicht abgehen wird, denn solche sprechen deutlich aus allen bisherigen Einzelbestimmungen und noch mehr aus den einzelnen Streitigkeiten, die sich daran anknüpfen. Es wäre zu wünschen, daß statt der bisherigen Kompromisse eine einheitliche Rechtsidee gefunden würde, die den künftigen Arbeitsgesetzen und vor

Digitized by Google

allem dem neuen Gesetzbuch der Arbeit zugrunde liegen und eine Formel darstellen würde, auf die man sich ungezwungen von Arbeitgeber- und Arbeitnehmerseite einigen kann. Eine Einschränkung müßte auch bald die Zahl der nunmehr nach Hunderten zählenden arbeitsrechtlichen Einzelgesetze finden, in denen sich fast niemand mehr zurechtfinden kann, wodurch die Zahl der Streitigkeiten immer mehr vermehrt wird.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Grundsätzliche Entscheidungen (Bescheide, Mitteilungen) des Reichsversicherungsamts.

(Nr. 12 der Amtl. Nachr. v. 15. Dezember 1920.)

I. Unfallversicherung.

Die Vrdg. über Unfallversicherung von Angehörigen feindlicher Staaten v. 30. 3. 17 (RGBl. S. 301, ArbVers. S. 280) gilt auch für die während des Krieges in Deutschland zurückgehaltenen russisch-polnischen Arbeiter. Sie sind daher versichert bei Unfällen, die sich nach dem 1. Januar 1917 ereignet haben. Zu vgl. Rek. Entsch. 2994, Amtl. Nachr. 1918 S. 401 (3050 S. 417).

Für die Berechnung der Jahresfrist nach § 609 RVO. kommt die Zurücknahme eines Änderungsbescheides als Neufeststellung der Dauerrente nicht in Betracht (3051 S. 418).

Die Fahrzeughaltung nichtstaatlicher Forstbeamten ist auch hinsichtlich der zu beruflichen Zwecken ausgeführten Fahrten von der Versicherungsgenossenschaft der Privatfahrzeug- und Reittierbesitzer in Versicherung zu nehmen (3052 S. 419).

II. Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Der Anspruch auf Zahlung der Begräbniskosten aus § 203 Satz 1 RVO. setzt nicht voraus, daß derjenige, der das Begräbnis besorgt, hierzu durch verwandtschaftliche oder sonstige Beziehungen zum Verstorbenen befugt war (2603 S. 431).

Versicherungsfrei im Sinne des § 205a RVO. in der Fassung des Wochenhilfegesetzes v. 26. 9. 19 ist gleichbedeutend mit nicht versicherungspflichtig (2604 S. 431).

Schadhaftwerden eines für die Arbeitsfähigkeit des Versicherten nötigen Bruchbandes begründet in der Regel einen neuen Unterstützungsfall (2605 S. 433).

Personen, die im Büro eines kaufmännischen Verwaltungsgebäudes mit Arbeiten, die der Festsetzung des Lohnes und der kaufmännischen Kalkulation dienen, beschäftigt werden, sind Handlungsgehilfen im Sinne des § 1226 Abs. 1 Ziff. 3 RVO. (2606 S. 434).

B. Allgemeines.

Zum Begriff des Handlungsgehilfen (§ 165 Abs. 1 Ziff. 3, § 1226 Abs. 1 Ziff. 3 RVO.; § 1 Abs. 1 Ziff. 3 Angest.Vers.Ges.).

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 30. Oktober 1920 (2606 Amtl. Nachr. 1920 S. 435).

Zwischen einer Landesversicherungsanstalt L. und einer Aktien-Gesellschaft bestand Streit darüber, ob bestimmte Personen, die von der Aktien-Gesellschaft unter der Bezeichnung „Werkstattschreiber" und „Schreiber" beschäftigt werden und deren Jahresarbeitsverdienst über 2000 ℳ beträgt, der Invalidenversicherungspflicht unterliegen oder nicht. Die Landesversicherungsanstalt nahm an, daß die genannten Personen nach ihrer Tätigkeit als Gewerbegehilfen anzusehen seien und daher ohne Rücksicht auf die Höhe ihres Verdienstes der Versicherungspflicht unterlägen, während die Aktien-Gesellschaft sie als Handlungsgehilfen angesprochen hat. — Das Versicherungsamt hat zunächst eingehende Ermittlungen über die Art der Beschäftigung der fraglichen Personen angestellt. Diese haben folgendes ergeben: Zum Teil haben die bezeichneten Personen den Inhalt der über Art und Dauer der einzelnen Arbeiten auf der Werft ausgestellten Tageszettel in die in Listenform angelegten Bücher zu übertragen. Die Tageszettel bilden die Grundlage für die Verrechnung der Gestehungskosten an Lohn aller auf der Werft auszuführenden Arbeiten. Die genannten Personen haben die Tageszettel zu ergänzen und auf Grund der Ordnungsbücher richtigzustellen. Der von ihnen gefertigte Wochenbericht dient gleichzeitig als Kontrolle für die Verrechnung der Akkordüberschüsse. Sie haben außerdem das von ihnen festgestellte Ergebnis mit der durch die Pförtner auf Grund von Marken ausgeübten Kontrolle über die Dauer der Anwesenheit jedes einzelnen Arbeiters auf der Werft zu vergleichen. Auch fertigen sie eine tägliche und eine wöchentliche Statistik über die Akkord- und Lohnstunden an. Dies ist erforderlich, um die Beteiligung der einzelnen Gewerke an den Bauten und dem Baufortschritt verfolgen zu können. Zum Teil haben sie die Abrechnungen über die Akkorde nach der Angabe des Büros und der Arbeiter aufzustellen. Diese vollzieht sich in der Weise, daß im Büro die für den einzelnen Akkord geleisteten Arbeitsstunden auf Grund des Wochenbe-

Digitized by Google

richts in eine zweite Ausfertigung (Durchschrift des Akkordzettels) eingetragen werden. Nach Fertigstellung der vereinbarten Akkordarbeit reicht der Arbeiter den von ihm mit den notwendigen Angaben versehenen Akkordschein an das Büro zur Abrechnung ein. Die Angaben des Arbeiters auf dem Originalschein werden nun mit den vom Büro gemachten Eintragungen der Akkordscheindurchschrift verglichen. Nachdem gegebenenfalls Unstimmigkeiten aufgeklärt und beseitigt sind, wird der Lohnbetrag der geleisteten Arbeitsstunden ermittelt und der sich gegen den Akkordpreis ergebende Überschuß der Lohnkasse zur Zahlung angewiesen. Auch haben die im Eingang erwähnten Personen Anweisungen von Abschlagszahlungen auf den zu erwartenden Akkordüberschuß nach Maßgabe der geleisteten Arbeitsstunden aufzustellen. Dabei erfolgt die Abschätzung der Abschlagszahlungen in der Weise, daß der Meister die auszuzahlende Abschlagszahlung in Vorschlag bringt und von den Angestellten auf Grund der geführten Wochenberichte nachgeprüft wird, ob sie in der vorgeschlagenen Höhe gewährt werden kann. In Zweifelsfällen hat der Angestellte sich mit dem Meister wegen anderweitiger Festsetzung der Abschlagszahlung in Verbindung zu setzen. Die Tätigkeit des Angestellten B. besteht darin, daß er die statistischen Arbeiten rechnerisch und sachlich prüft und ergänzt. Er ist den Angestellten nicht vorgesetzt, hat jedoch die Befugnis, ihre Arbeiten nach den besonderen Anleitungen des Abteilungsvorstehers zu überwachen. Die Verteilung und Abnahme der Arbeiten auf sämtliche Angestellte liegt dem Abteilungsvorsteher ob und erfolgt nach Bedarf. Von ihm werden auch die Arbeiten der Angestellten dauernd geleitet und beaufsichtigt.

Das Versicherungsamt hat von der Handelskammer in B. ein Gutachten darüber eingeholt, ob die in Betracht kommenden Personen als Handlungsgehilfen im Sinne des § 59 HandGB. zu gelten hätten oder nicht. Die Handelskammer hat diese Frage bejaht. Sie führt in ihrem Gutachten aus, daß nach der Stellung und Tätigkeit die Bezeichnung der hier in Betracht kommenden Personen als „Werkstattschreiber" unzutreffend und irreführend sei. Um Werkstattschreiber, wie in dem vom Oberschiedsgericht für Angestelltenversicherung in einer Entscheidung vom 18. Januar 1919 behandelten Falle („Angestelltenversicherung" 1919 S. 53 Nr. 334), handele es sich hier nicht. Der dort bezeichnete Werkstattschreiber habe unter einem Werkmeister in einer Werkstatt selbst gearbeitet. Die Personen, um die es sich vorliegend handle, seien in dem Büro eines kaufmännischen Verwaltungsgebäudes tätig. Die Arbeiten, die sie ausführten, dienten der Kalkulation als Grundlage für die Verteilung des gezahlten Lohnes auf die einzelnen Bauten. Hiernach könnten die bezeichneten Schreiber nicht als Gewerbegehilfen, sondern nur als Handlungsgehilfen im Sinne des § 59 HandGB. angesehen werden, da zu den kaufmännischen Diensten jede Tätigkeit gehöre, die für die Entlohnung der Arbeiter und Gehilfen durch Aufstellung der Lohnlisten, Führung der Lohnbücher und dergleichen geschehe. Die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte hat sich dahin geäußert, daß sie die bezeichneten Personen für versicherungspflichtig im Sinne des Versicherungsgesetzes für Angestellte halte. Das Versicherungsamt hat durch Entsch. vom 26. März 1920 dahin erkannt, daß die fraglichen Personen nicht der Invalidenversicherungspflicht unterliegen. Ferner hat das Versicherungsamt gemäß § 210 Abs. 4 AngestVersGes. festgestellt, daß die genannten Personen zu den im § 1 Abs. 1 dieses Gesetzes bezeichneten Personen gehören.

Gegen diese Entscheidung hat die Landesversicherungsanstalt Beschwerde eingelegt. Das Oberversicherungsamt hat dem Antrag der Beschwerdeführerin auf Abgabe der Sache an das Reichsversicherungsamt stattgegeben. In der Sache selbst hat sich das Oberversicherungsamt der Ansicht des Versicherungsamts angeschlossen. Das RVA. hat im gleichen Sinne entschieden aus folgenden Gründen:

Vorweg mag bemerkt werden, daß die Bezeichnung „Werkstattschreiber", die für einen Teil der hier in Betracht kommenden Personen gewählt ist, unrichtig ist. Denn es handelt sich nicht um Tätigkeiten, die in einer Werkstatt ausgeführt werden und die einen Werkmeister entlasten. Für die versicherungsrechtliche Beurteilung ist diese Bezeichnung jedoch ohne Bedeutung. Die Frage, zu welchem Personenkreise diese Schreiber gehören, ist vielmehr lediglich im Hinblick auf die von ihnen tatsächlich ausgeübte Tätigkeit zu entscheiden.

Nach § 59 des Handelsgesetzbuchs sind Handlungsgehilfen diejenigen Personen, welche in einem Handelsgewerbe zur Leistung kaufmännischer Dienste gegen Entgelt angestellt sind. Kaufmännisch sind alle Dienste, die nach der Verkehrssitte und dem allgemeinen Sprachgebrauch als solche gelten. Dazu müssen auch Tätigkeiten gerechnet werden, die nicht nur dem technischen, sondern auch dem kaufmännischen Teile des Betriebes zugute kommen. Die Bezugnahme der Landesversicherungsanstalt auf die Rechtsprechung des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung ist, wie bereits das Versicherungsamt dargelegt hat, verfehlt. Die Entscheidung des Oberschiedsgerichts vom 8. Januar 1920 — nicht wie irrtümlich angegeben, vom 30. Januar 1920 — P 94/19 — beschäftigt sich in ihren Gründen lediglich damit, ob die Angestellte als Büroangestellte versicherungspflichtig sei, und bejaht diese Frage, indem sie darlegt, daß die Angestellte nicht mit niederen oder lediglich mechanischen Dienstleistungen beschäftigt werde. Zu der Frage, ob die Angestellte zu den Handlungsgehilfen oder zu den Gewerbegehilfen zu rechnen sei, nimmt die Entscheidung nicht ausdrücklich Stellung. Sie ist vorliegend in ersterem Sinne zu beantworten. Denn hier kommen wichtige Arbeiten in Betracht, die der Festsetzung des Lohnes und der kaufmännischen Kalkulation dienen und daher in Übereinstimmung mit der gutachtlichen Äußerung der Handelskammer als kaufmännische Dienste angesprochen werden müssen. — Hiernach haben die bezeichneten Personen als Handlungsgehilfen zu gelten. Da ihr Jahresarbeitsverdienst 2000 ℳ überstieg, so war ihre Invalidenversicherungspflicht zu verneinen.

Digitized by Google

C. Zur Krankenversicherung.

Zur Versicherungspflicht städtischer Beamten, Diätare, Lehrer usw.

Entscheidung des **Oberversicherungsamts** (Beschlußkammer) in **Königsberg** v. 25. Oktober 1920.

Der Magistrat hält nach seinen Beschlüssen vom 15. Dezember 1913 und 9. Januar 1920 die städtischen Diätare und die sonstigen städtischen Angestellten nicht für krankenversicherungspflichtig und beruft sich auf den Erlaß des Herrn Finanzministers vom 7. Oktober 1919, indem er die Verordnung vom 3. Februar 1919 für eine ungerechte Härte erklärt. Die Entscheidung ist aber lediglich auf Grund der bestehenden gesetzlichen Vorschriften zu fällen. Da nach den zutreffenden Ausführungen der Vorentscheidung Diätare nicht zu den städtischen Beamten zu rechnen sind, weil ihnen die Anstellungsurkunde noch nicht ausgehändigt ist*) und sie weder auf Lebenszeit noch unwiderruflich oder mit Anrecht auf Ruhegehalt angestellt sind, so fallen diese Diätare nicht mehr unter den § 169 Abs. 1 RVO. in der Fassung der Verordnung vom 3. Februar 1919 und unterliegen trotz der erwähnten Beschlüsse des Magistrats seit Inkrafttreten dieser Verordnung der Krankenversicherungspflicht.

Bezüglich der Versicherungsfreiheit der Lehrer und Erzieher an öffentlichen Schulen oder Anstalten gemäß § 169 Abs. 2 RVO. ist durch die Verordnung vom 3. Februar 1919 nichts geändert worden. Sie besteht also bei diesen Personen schon dann, wenn lediglich die Voraussetzung des § 169 Abs. 1 erfüllt ist, ihnen also einer der dort erwähnten Ansprüche für die Zeit, in der dem Versicherten die Regelleistungen zu gewähren sind, gewährleistet ist.

Damit entfällt die in der Beschwerde der Allgemeinen Ortskrankenkasse dargelegte Meinung, daß die Lehrer und Erzieher ebenso zu behandeln seien wie die übrigen Angestellten, also nur dann bei Gewährung gleicher Leistungen mit der Kasse Befreiung eintreten könne, wenn ein Anrecht auf Ruhegehalt gewährleistet sei.

Zweifelhaft kann allerdings sein, wie es mit den nicht festangestellten Lehrern zu halten sei, die also nur vorübergehend zur Vertretung einberufen sind. Seminarkandidaten und Probekandidaten, deren Vertretung fehlender Lehrkräfte im Unterricht in den Rahmen ihrer Ausbildung fällt, sind schon nach § 172 Nr. 11 RVO. versicherungsfrei. Hierzu hat das Reichsversicherungsamt in einer anscheinend nicht abgedruckten Entscheidung**) in einer Beschwerdesache des Magistrats in K. gegen den Vorstand der Betriebskrankenkasse der Stadtgemeinde K. wegen Krankenversicherungspflicht von fünf Kandidaten des höheren Schulamts unterm 8. Juli 1916 II K 14/16 ausgeführt, daß bei Überweisung der Kandidaten in eine Anstalt ihre Ausbildung der Anlaß und der eigentliche Zweck sei (zu vgl. Olshausen, Krankenversf., Anm. 3 zu § 170 RVO.). Sollte hier und da ein Einzelfall bei Probekandidaten die Überweisung an eine Anstalt vom Bedarf an Lehrkräften mit beeinflußt werden — bei Seminarkandidaten werde man mit solchen Rücksichten nicht zu rechnen haben — so würde dies an der Beurteilung nichts ändern; es komme nur darauf an, daß die Ausbildung der Kandidaten bei ihrer Überweisung an Anstalten der Anlaß und wesentlichen Zweck bilde.

Wenn im vorliegenden Falle der Magistrat alle städtischen Lehrkräfte in den Genuß der städtischen Fürsorge nach Maßgabe der Vorschriften der Krankenversicherung stellt, so bleibt ihm dies an und für sich natürlich unbenommen, es würden also in E. auch die Probekandidaten nach den vorliegenden Magistratsbeschlüssen, was nur als wünschenswert begrüßt werden kann, im Falle ihrer Krankheit in Höhe der Kassenleistungen auch versorgt sein. Es fragt sich nur, ob sie und die übrigen vorübergehend eingestellten Lehrkräfte nach der neuen Verordnung befreit werden können, wenn ihnen im Krankheitsfall Krankenhilfe in Höhe und Dauer der Regelleistungen der Krankenkasse gewährleistet ist. Dies ist zu bejahen. Daß die Lehrkräfte angestellt seien, ist nach dem Wortlaut des Gesetzes nicht gefordert. Voraussetzung bleibt nur, daß ihnen auch die Leistungen im Rahmen der Vorschriften der Krankenversicherung auch nach Lösung ihres Beschäftigungsvertrages verbleiben, so daß sie z. B. auch dann noch vollen Anspruch auf Krankengeld und Krankenpflege für 26 Wochen seitens des Magistrats haben, wenn sie, nachdem sie aus der städtischen Beschäftigung ausgeschieden sind, innerhalb drei Wochen nach ihrem Ausscheiden erkranken. Dies geht auch aus dem Magistratsbeschluß vom 15. Dezember 1913, der die Worte des Gesetzes braucht, hervor. Wenn dazu der spätere Beschluß vom 9. Januar 1920 ergangen ist, so scheint man sich über die Tragweite des früheren Beschlusses vom 15. Dezember 1913 nicht klar gewesen zu sein.

*) Das Reichsgericht mißt der Aushändigung der Anstellungsurkunde nicht dieses ausschlaggebende Gewicht bei. Zu vgl. Entsch. in Zivils. 89 S. 297, 99 S. 267.

**) Doch Grundsätzl. Entsch. 2259, Amtl. Nachr. 1916 S. 644.

Schadhaftwerden eines Bruchbandes als neuer Unterstützungsfall.

Rev. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 27. Oktober 1920 (2605 Amtl. Nachr. 1920 S. 433).

Nach der Satzung der beklagten Krankenkasse endet entsprechend dem § 183 RVO. die Kranken-

Digitized by Google

hilfe, zu der auch die Gewährung von Bruchbändern gehört, spätestens mit dem Ablauf der sechsundzwanzigsten Woche nach Beginn der Krankheit beziehungsweise nach Beginn des Krankengeldbezugs. Der Anspruch des Klägers auf Krankenhilfe aus Anlaß seines Bruchleidens wäre daher ausgeschlossen, wenn es sich dabei fortdauernd um eine und dieselbe Krankheit, denselben Unterstützungsfall, handelte. In diesem Falle vermöchte auch eine etwaige Verschlimmerung des Leidens den Wiedereintritt von Leistungen der Krankenkasse nicht zu begründen. Nun ist zwar anzuerkennen, daß im medizinischen Sinne es sich nach wie vor um dasselbe Leiden handelt. Wie aber das Reichsversicherungsamt in mehrfachen Entscheidungen ausgesprochen hat, ist der Begriff der Krankheit im Sinne der §§ 165, 182 ff. RVO. mit dem medizinischen Begriffe nicht gleichbedeutend. Im Sinne des Gesetzes bedeutet Krankheit vielmehr lediglich einen Zustand, in dem infolge eines Leidens Arbeitsunfähigkeit oder das Bedürfnis einer Krankenpflege gegeben ist, was bei zahlreichen Krankheiten im medizinischen Sinne nicht der Fall ist. Ein Bruchleiden insbesondere kann als Krankheit im gesetzlichen Sinne nur dann angesehen werden, wenn es entweder Arbeitsunfähigkeit bedingt oder eine Behandlung nach § 182 Nr. 1 RVO. erforderlich macht. Dieser Fall der Behandlungsbedürftigkeit lag bei dem Kläger unstreitig vor, als infolge Schadhaftigkeit des bisherigen Bruchbandes das Bedürfnis nach einem neuen Bruchband begründet war, um ihm die Verrichtung seiner bisherigen Arbeit weiter zu ermöglichen. Es fragt sich nur, ob auch in der voraufgegangenen Zeit, und zwar fortdauernd, ein gleicher oder ähnlicher Zustand der Behandlungsbedürftigkeit bestanden hat. Dies könnte, da der Kläger eine anderweite Behandlung nicht hat in Anspruch zu nehmen brauchen, nur dann angenommen werden, wenn bereits in dem Tragen des bisherigen Bruchbandes eine Behandlung im Sinne des angeführten § 182 Nr. 1 zu erblicken wäre. In diesem Falle würde allerdings eine fortdauernde Krankenpflege und damit eine Einheitlichkeit des Unterstützungsanspruchs gegeben sein. Eine derartige Auffassung, wie sie die Vorinstanzen in Übereinstimmung mit der beklagten Kasse zu vertreten scheinen, wird aber dem gesetzlichen Begriffe der Krankenpflege nicht gerecht und bedeutet eine unrichtige Anwendung des bestehenden Rechtes. Als ein Akt der Krankenpflege ist zweifellos, wie sich aus § 182 Nr. 1 ergibt, die Gewährung, d. h. die Lieferung eines Bruchbandes an den Versicherten anzusehen. Das Tragen dieses Bandes, soweit es dabei nicht etwa einer sachverständigen Überwachung bedarf, stellt dagegen lediglich ein besonderes Verhalten des Empfängers dar zu dem Zwecke, weiteren schädigenden Wirkungen des Leidens und damit einer Neuerkrankung vorzubeugen. Bei einem Wiedereintritt der Behandlungsbedürftigkeit wegen Schadhaftigkeit des Bruchbandes oder aus sonstigen Gründen liegt daher in solchen Fällen ein neuer Unterstützungsfall vor, der die Leistungspflicht der Krankenkasse von neuem begründet. Die Vorentscheidungen waren daher aufzuheben. Zugleich war die Beklagte entsprechend dem Klagebegehren zur Gewährung eines neuen Bruchbandes an den Kläger zu verurteilen.

„Versicherungsfrei" bedeutet „nicht versicherungspflichtig".

Rev. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 27. Oktober 1920 (IIa. K. E. 113/20).

Wie das Oberversicherungsamt zutreffend erkennt, ist zunächst zu prüfen, ob der § 205a RVO. in der Fassung des Gesetzes vom 26. 9. 19, nach dem versicherungsfreie Ehefrauen der Versicherten Wochenhilfe von der Krankenkasse des Ehemanns erhalten, überhaupt auf die Klägerin angewendet werden kann. Dies hängt davon ab, ob unter versicherungsfreien Ehefrauen nur diejenigen zu verstehen sind, die schlechthin unversichert, also auch nicht freiwillig versichert sind, oder alle nicht selbst versicherungspflichtigen Ehefrauen von Versicherten. Bereits vor Erlaß des Gesetzes über Wochenhilfe und Wochenfürsorge vom 26. 9. 19 wurde bei der Auslegung des § 205a RVO. über den Begriff der Versicherungsfreiheit gestritten. Dem Sprachgebrauche der RVO. entspricht es, den Begriff der Versicherungsfreiheit als den Gegensatz der Versicherungspflicht aufzufassen. Das ergibt sich aus der Gegenüberstellung dieser Begriffe in den §§ 165 ff. RVO. und insbesondere aus § 176 RVO., in dem den versicherungsfreien Beschäftigten der im § 165 Abs. 1 bezeichneten Art gerade das Recht beigelegt wird, sich freiwillig zu versichern. Auch die Entstehungsgeschichte des § 205 spricht, wie Hahn im Handb. der Krankenversf., 8. und 9. Aufl., Anm. 2c zu § 205, zutreffend ausführt, für diese Auffassung. Das Bedenken, daß bei dieser Auslegung Doppelleistungen auf Grund eigener und auf Grund der Versicherung des Ehegatten entstehen konnten, war unter der Geltung des bisherigen § 205 schon aus dem Grunde nicht durchschlagend, weil es sich bei der Familienhilfe nach § 205 um freiwillige Mehrleistungen der Kassen handelt, die durch die Satzung entsprechend beschränkt werden konnten. Bei der Auslegung des § 205a in der Fassung des Gesetzes vom 26. 9. 19 spricht nun, mangels irgendwelcher Anhaltspunkte für die gegenteilige Auffassung, die Vermutung dafür, daß der Ausdruck „versicherungsfrei" in demselben Sinne gemeint ist, wie er nach dem bisherigen Rechte zu verstehen war, daß er also als gleichbedeutend mit „nicht versicherungspflichtig" anzusehen ist. Eine Abweichung von dieser auf dem Sprachgebrauche der RVO. beruhenden Auffassung

Digitized by Google

ließe sich nur dann rechtfertigen, wenn sie zu Ergebnissen führen würde, die dem inneren Sinne des Gesetzes widersprächen. In dieser Hinsicht ist geltend gemacht worden, daß bei der bezeichneten Auslegung Doppelleistungen entstehen würden, die das Gesetz habe vermeiden wollen. Im vorliegenden Falle ist ein Anspruch auf doppelte Leistung nicht erhoben, vielmehr lediglich von einer Kasse Wochenhilfe begehrt und geleistet worden. Wenn in andern Fällen Anspruch auf doppelte oder mehrfache Wochenhilfe nach dem, wie vorstehend, ausgelegten Gesetz anerkannt werden müßten, so würde das zweifellos nicht der bewußten Absicht der gesetzgebenden Faktoren entsprechen. Man kann aber nicht sagen, daß es auch dem Sinne des Gesetzes selbst widerspräche, da dieses auch sonst Doppelleistungen nicht durchweg ausschließt (zu vgl. Hoffmann, ArbVers. 1920, Heft 7, insbesondere S. 124). Anderseits ist zu berücksichtigen, daß, wenn man den Ausdruck versicherungsfrei in dem Sinne von schlechthin unversichert (also auch nicht freiwillig versichert) auffaßt, einer Reihe von Wöchnerinnen, d. h. denjenigen, die zwar freiwillig versichert, aber noch nicht anspruchsberechtigt nach § 195a RVO. sind, die Wochenhilfe nach dem Gesetz vom 26. 9. 19 überhaupt versagt wäre, während ihnen bei der vorher erörterten Auslegung ein Anspruch auf Familienwochenhilfe zuzuerkennen wäre. Nun ist nicht einzusehen, aus welchem Grunde diesen Personen die Tatsache der freiwilligen Versicherung zu dem ausgesprochenen Nachteile gereichen sollte, daß sie gegenüber den unversicherten Ehefrauen von Versicherten keinerlei Wochenhilfe erhalten. Dies würde vielmehr der Billigkeit widersprechen und zu einer anderen Auslegung des Gesetzes drängen. Allerdings tritt das gleiche Mißverhältnis bei denjenigen Ehefrauen von Versicherten hervor, die selbst versicherungspflichtig sind, aber noch keinen Anspruch nach § 195a erworben haben. Diesen kann auch dadurch nicht geholfen werden, daß man den Begriff „versicherungsfrei" im Sinne von „nicht versicherungspflichtig" auffaßt. Denn sie bilden den ausdrücklichen Gegensatz zu den versicherungsfreien Personen, denen der § 205a die Familienwochenhilfe zuwendet. Um diese Unbilligkeit und zugleich um Doppelleistungen zu vermeiden, wird von einigen der Standpunkt vertreten, daß versicherungsfrei nach § 205a alle diejenigen und nur diejenigen Ehefrauen von Versicherten seien, die nicht selbst anspruchsberechtigt nach § 195a RVO. seien (zu vgl. Jaeger, Monatsschr. für Arb.- und Angest.-Vers. 1920 Sp. 145 146; Krause ebenda Sp. 193, 194). Diese Auffassung kann sich ohne Zweifel darauf berufen, daß auf diese Weise das der Billigkeit am meisten entsprechende Ergebnis erzielt wird. Sie ist daher auch bei dem den § 205a abändernden Gesetze vom 30. 4. 20, das im vorliegenden Falle gemäß seinem § 17 nicht angewendet werden kann, berücksichtigt worden. Sie weicht aber von dem Wortlaute des Gesetzes vom 26. 9. 19 so erheblich ab, daß der Senat sie sich nicht hat zu eigen machen können. Denn dieses Gesetz knüpft den Anspruch auf Familienwochenhilfe an Voraussetzungen, die lediglich das Versicherungsverhältnis betreffen und von der Frage, ob dieses Verhältnis einen bestimmten Anspruch bereits hat entstehen lassen, durchaus wesensverschieden sind. Das Reichsversicherungsamt hat sich daher der auch von Hoffmann (ArbVers. 1919 S. 646 und 1920 S. 124) vertretenen Ansicht angeschlossen, daß versicherungsfrei im Sinne des § 205a RVO. in der Fassung des Gesetzes vom 26. 9. 19 dasselbe wie nicht versicherungspflichtig bedeutet. Daraus ergibt sich, daß die eben genannte Vorschrift auf den vorliegenden Fall anzuwenden und ein Anspruch auf Familienwochenhilfe gegen die Kasse, der der Ehemann der Wöchnerin angehörte, begründet war. Wenn die Kasse diesen Anspruch befriedigte, so leistete sie kraft eigener Pflicht und nicht im Auftrage oder sonst für Rechnung der Beklagten. Mangels einer dazu berechtigenden gesetzlichen Vorschrift ist daher ein Anspruch an die Beklagte auf Erstattung des Geleisteten nicht begründet.

Erstattungsanspruch für Wochenhilfe nach § 197 RVO setzt voraus, daß die Wöchnerin Mitglied der leistenden Kasse war.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 12. Oktober 1920 (IIa K. E. 117/20).

Die Ehefrau B. war während mehrerer Jahre, bis zum 15. Februar 1919, versicherungspflichtiges Mitglied der beklagten Allgemeinen Ortskrankenkasse in F. Am 7. April 1919 meldete sie sich bei der für ihren Wohnort zuständigen Zahlstelle der klagenden Allgemeinen Ortskrankenkasse in Schl. als freiwilliges Mitglied an. Bei der Anmeldung machte sie die unrichtige Angabe, sie sei bis zu dem vorangegangenen Tage (dem 6. April 1919) bei der beklagten Kasse versichert gewesen. Dies veranlaßte den Verwalter der Zahlstelle zu der irrtümlichen Annahme, die Genannte sei zur Fortsetzung der Versicherung bei der klagenden Kasse berechtigt. Er wies die Anmeldung nicht zurück, obwohl auch die Voraussetzungen für den freiwilligen Beitritt zur Versicherung nach § 176 RVO., wie unstreitig ist, nicht gegeben waren. Infolgedessen hat die klagende Kasse von der Ehefrau B. im April, Mai, Juni und Juli wie auch im August 1919 die Beiträge unbeanstandet angenommen. Am 3. Juli 1919 kam die Genannte nieder. Nachdem sie am 12. August 1919 einen Anspruch auf Gewährung der Wochenhilfe bei der Klägerin erhoben hatte, zahlte ihr diese insgesamt 96,50 ℳ für Wochen- und Stillgeld und als Beihilfe zu den Entbindungskosten. Die Klägerin fordert nun auf Grund des § 197 RVO. von der beklagten Kasse anteilige Erstattung dieser Wochenhilfeleistungen in Höhe von 69,85 ℳ. Dabei geht die klagende Kasse davon aus, daß als Mitgliedszeit, während der die Wöchnerin bei ihr versichert gewesen sei, die Zeit vom 7. April 1919

Digitized by Google

bis 2. Juli 1919 zu gelten habe. Die Beklagte hält sich nicht für erstattungspflichtig, weil die Klägerin Aufwendungen, die ihr auf Grund des § 213 RVO. durch ein Versehen ihrer Angestellten erwachsen seien, in vollem Umfange selbst zu tragen habe. Im Spruchverfahren nach § 224 Nr. 1 RVO. hat das Versicherungsamt durch Vorentscheidung seines Vorsitzenden die Beklagte zur Erstattung des angeforderten Betrages verurteilt. Es nimmt an, daß die Klägerin gegenüber der Wöchnerin nach § 213 RVO. „leistungspflichtig" gewesen sei und deshalb von der Beklagten nach § 197 RVO. Ersatz ihrer Leistungen an Wochenhilfe beanspruchen könne, da nicht zu unterscheiden sei, ob die Leistungspflicht auf vollgültiger Mitgliedschaft oder auf der formalen Versicherung nach § 213 a. a. O. beruhe. Auf die Berufung der Beklagten hat das Oberversicherungsamt die Sache nach § 1693 RVO. an das Reichsversicherungsamt abgegeben. Dieses hat die Entscheidung des Versicherungsamts aufgehoben und den Anspruch der Klägerin abgewiesen aus folgenden Gründen:

Die Voraussetzungen für die Abgabe der Sache an das Reichsversicherungsamt nach § 1693 RVO. sind gegeben, da es sich über die vorliegenden Rechtsfragen bisher noch nicht grundsätzlich ausgesprochen hat und die Revision nach den §§ 1771, 1778 Abs. 1 RVO. ausgeschlossen wäre.

Die klagende Kasse hat Wochenhilfeleistungen gewährt, sie glaubt, ihren Erstattungsanspruch deshalb auf § 197 RVO. stützen zu können. Diese Vorschrift besagt, daß, wenn die Wöchnerin während des letzten Jahres bei mehreren Krankenkassen versichert gewesen ist, die anderen der leistungspflichtigen Kasse die Leistungen nach Verhältnis der Mitgliedszeit zu erstatten haben. § 197 RVO. setzt also das Bestehen von die Kassenmitgliedschaft begründenden Versicherungsverhältnissen während des der Niederkunft vorangegangenen Jahres voraus. Die Dauer dieser Mitgliedszeiten bildet den Maßstab für die anteilige Belastung der beteiligten Kassen. War die Wöchnerin nicht Mitglied der leistungspflichtigen Kasse, so fehlt eine der Voraussetzungen des § 197 a. a. O. und der Unterlagen für die Berechnung des Erstattungsanspruchs. Es fragt sich also weiter, ob die Ehefrau B. nach der Beitrittserklärung bis zu ihrer Niederkunft der klagenden Kasse als Mitglied angehörte. Dies kann nicht angenommen werden. Denn sie stand damals nicht in einem versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis. Sie konnte die Pflichtversicherung bei der klagenden Kasse auch nicht nach § 213 RVO. freiwillig fortsetzen, weil sie beim Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung nicht Mitglied dieser Kasse gewesen ist. Sie gehörte endlich nicht zu den Personen, denen der freiwillige Beitritt zu der Versicherung nach § 176 RVO. gestattet ist. Deshalb wurde auch durch ihre Beitrittserklärung zur Kasse die Mitgliedschaft nicht begründet (zu vgl. Hahn, Handb. der Krankenversf., Anm. 1 zu § 176). Auch die Zeiten, in denen Personen Beiträge zur Kasse entrichtet haben, die weder versicherungspflichtig noch versicherungsberechtigt waren, können nicht ohne weiteres als Versicherungs- oder Mitgliedszeiten angerechnet werden. Dies gilt auch dann, wenn die Kasse die Beiträge unbeanstandet entgegengenommen hat. Denn auf dem Gebiete der Krankenversicherung wird auf Grund dieser tatsächlichen Vorgänge das Bestehen einer formalen Versicherung oder Mitgliedschaft grundsätzlich nicht anerkannt (zu vgl. insbesondere Hahn, Handb. der Krankenversf., Anm. 1 zu § 165, und Anm. 1 zu § 176). Selbst durch die unbeanstandete Annahme der Beiträge während der in § 213 RVO. festgesetzten Frist von drei Monaten entsteht für die dort bezeichneten Personen keine vollgültige Mitgliedschaft. Sie erwerben hierfür vielmehr lediglich einen Anspruch auf Kassenleistungen (zu vgl. Hahn, Handb. der Krankenversf., Anm. 3 zu § 213, Hoffmann, Monatsschr. für Arb. und Angest. Vers. 1915, Sp. 424 ff., insbesondere Sp. 430). Im übrigen kommt es hier nicht darauf an, welche Rechtsstellung den auf Grund des § 213 a. a. O. Anspruchsberechtigten nach Eintritt des Versicherungsfalls eingeräumt werden muß. Maßgebend ist vorliegend die Zeit vor Eintritt des Versicherungsfalles, d. h. vor dem 3. Juli 1919. Damals war die Wöchnerin jedenfalls nichtversichertes Mitglied der klagenden Kasse. Sie kann deshalb, selbst wenn sie, was im übrigen dahingestellt bleiben kann, nach § 213 RVO. leistungspflichtig gewesen wäre, auf Grund des § 197 RVO. Ersatz von der Beklagten nicht beanspruchen. Die Zweckbestimmung dieser Vorschrift steht dem nicht entgegen. Sie sollte dazu dienen, die Abschiebung weiblicher Versicherter, die ihrer Niederkunft entgegensehen, an andere Krankenkassen zu verhindern (Begr. S. 159 zu § 211 des Entwurfs, jetzt § 197 RVO.). Ein Schutzbedürfnis der Krankenkassen wird also nur in den Fällen anzuerkennen sein, in denen sie die Aufnahme weiblicher Versicherter nicht ablehnen können, wenn es sich also um den Beitritt versicherungspflichtiger oder versicherungsberechtigter Personen handelt. Gegen eine Belastung durch andere Personen können sich die Kassen wohl in den meisten Fällen durch genaue Prüfung der Voraussetzungen der Versicherungspflicht oder Versicherungsberechtigung der Neubeitretenden aber selbst schützen. Versäumt eine Kasse die erforderliche Nachprüfung und hat sie infolgedessen nach § 213 RVO. Leistungen zu gewähren, so hat sie die Folgen selbst zu tragen. Es wäre ein unbilliges Ergebnis, wenn in derartigen Fällen die durch irrtümliche Entgegennahme von Beiträgen entstandenen Lasten auf andere Kassen zum Teil abgewälzt werden könnten.

Digitized by Google

Familienhilfe am Wohnort außerhalb des Kassenbezirks.

Entscheidung des **Versicherungsamts Rheydt** vom 13. Dezember 1920.

Nach § 32 der Satzung gewährt die Kasse bis zur Dauer von 26 Wochen freie ärztliche Behandlung an versicherungsfreie Familienmitglieder der Versicherten, wie Ehefrauen, Kinder usw., die in seinem Haushalt leben. Die ärztliche Behandlung wird, wie § 38 der Satzung besagt, nur von Ärzten geleistet, die im Ärzteverzeichnis der Kasse geführt werden; abgesehen von dringenden Fällen kann die Bezahlung anderer Ärzte abgelehnt werden. Die Erkrankten haben bei einer anderen Krankenkasse keinen Anspruch auf Grund der Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung; auch lebten sie zur Zeit des Versicherungsfalles im Haushalt des Klägers. Die durch § 33 Ziff. II der Satzung vorgeschriebene zweimonatige Wartezeit ist erfüllt. Die sachliche Zuständigkeit des Versicherungsamts ergibt sich aus § 1636, die örtliche aus § 1637, da der Beschwerdeführer seine Wohnung in Rheydt hatte und nach vollbrachter Arbeit täglich dorthin zurückkehrte. Demnach bleibt nur noch zu prüfen, ob der Wohnort auch dann Erfüllungsort ist, wenn er außerhalb des Kassenbezirks liegt. Diese Frage ist unbedingt zu bejahen. Die außerhalb des Kassenbezirks wohnenden Mitglieder dürfen hinsichtlich der Familienhilfe nicht schlechter gestellt werden als die anderen Mitglieder. Falls ein Kassenarzt wegen großer Entfernung nicht oder nur mit Beschwerlichkeiten, die den auswärts wohnenden Kranken billigerweise nicht zugemutet werden können, zu erreichen ist, darf nach feststehender Rechtsprechung die Hilfe eines näher wohnenden Arztes auf Kosten der Kasse in Anspruch genommen werden. Wenn auch die Satzung bestimmt, daß die ärztliche Familienbehandlung nur durch Kassenärzte gewährt wird, so ist dies für den Regelfall zutreffend, entbindet die Kasse aber nicht von der Verpflichtung, Auswärtigen und deren Familien ebenfalls die Möglichkeit kassenärztlicher Hilfe in erreichbarer Weise bereitzustellen. Dies hätte durch Überweisung an die Ortskrankenkasse des Wohnorts nach § 219 Abs. 2 RVO. geschehen können. Hiervon hat die Kasse keinen Gebrauch gemacht. Dem Kläger konnte es nicht zugemutet werden, an die Kasse mit einem Überweisungsgesuch heranzutreten, zumal ein solches bei dem veränderten Standpunkte, den die Beklagte eingenommen hat, kaum Erfolg versprochen hätte. Der Einwand, daß die ärztliche Familienbehandlung eine Mehrleistung sei, die die Satzung in dem vom Gesetze gegebenen Rahmen ihrem Umfange nach beliebig bemessen oder beschränken könne, ist allerdings richtig. Vorliegend kommt aber eine solche Begrenzung gar nicht in Frage. Die Kasse hat sich satzungsgemäß zur Gewährung von Familienhilfe ohne Einschränkung verpflichtet, muß sie demnach in einer Art gewähren, die für das Mitglied tatsächlich erreichbar ist; das war im vorliegenden Falle nur an dem Wohnorte (Erfüllungsort) ausführbar, da den in Rheydt wohnenden erkrankten Familiengliedern die Inanspruchnahme eines Kölner Kassenarztes weder zuzumuten noch tatsächlich möglich war. Überdies handelt es sich um dringliche Erkrankungsfälle, in denen der § 38 der Satzung die Inanspruchnahme von Nichtkassenärzten zuläßt.

Die Dreiwochenfrist zur Anzeige der Weiterversicherung (§ 313 RVO.) läuft nicht, solange der Versicherte von seinem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung ohne Schuld keine Kenntnis hat.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 5. November 1920.

Das Versicherungsamt geht in der angefochtenen Entscheidung davon aus, daß die Pflichtversicherung der in Betracht kommenden Angestellten erst mit ihrer Abmeldung bei der Krankenkasse, also mit dem 1. August 1919 erloschen sei. Diese Annahme ist rechtsirrig. Wie das Reichsversicherungsamt bereits in der Entscheidung 2119, Amtl. Nachr. 1915 S. 775, grundsätzlich ausgesprochen hat, tritt Versicherungsfreiheit auf Grund des § 169 RVO. ein, sobald den in dieser Vorschrift näher bezeichneten Beamten oder mit Anrecht auf Ruhegeld angestellten Beschäftigten einer der in § 169 Abs. 1 bezeichneten Ansprüche gegen ihren Arbeitgeber gewährleistet ist. Das ist vorliegend durch den Gemeindebeschluß vom 20./26. Juni 1919 geschehen. Mit der offenbar am 26. Juni 1919 erfolgten Annahme der entsprechenden Magistratsvorlage durch die Stadtverordnetenversammlung ist der Gemeindebeschluß rechtswirksam geworden (zu vgl. § 35 der Städteordnung für die sechs östlichen Provinzen der Preußischen Monarchie vom 30. Mai 1853) und damit die Versicherungspflicht der in Betracht kommenden städtischen Angestellten erloschen. Durch die später geschehene Abmeldung der beteiligten Angestellten bei ihrer Krankenkasse ist lediglich der in § 317 RVO. vorgeschriebenen Meldepflicht genügt worden mit der Wirkung, daß die bis dahin gemäß § 397 RVO. fortbestehende Beitragspflicht des Arbeitgebers fortgefallen ist.

Den durch den Gemeindebeschluß versicherungsfrei gewordenen Angestellten, unter ihnen dem Oberheizer Sch., stand an sich das Recht der Weiterversicherung nach § 313 RVO. zu (zu vgl. Entsch. 1956, Amtl. Nachr. 1915 S. 353). Es fragt sich, ob Sch. die Erklärung, sich weiter versichern zu wollen, der Kasse gegenüber rechtzeitig abgegeben hat. § 313 Abs. 2 schreibt vor, daß, wer Mitglied bleiben will, es der Kasse binnen drei Wochen nach

Digitized by Google

dem Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung anzeigen muß. Legt man diese Vorschrift ihrem Wortlaut nach aus, so hätte die Dreiwochenfrist mit dem Ausscheiden Sch. aus der Versicherungspflicht, also mit dem 26. Juni 1919 begonnen, sie wäre also versäumt und damit das Recht Sch. auf freiwillige Weiterversicherung verwirkt. Dieser Auffassung hat sich jedoch der Beschlußsenat nicht anzuschließen vermocht. Sch. hat, wie nach Lage der Sache angenommen werden muß, erst durch das ihm am 24. August 1919 zugegangene Schreiben seiner Dienststelle von der Einreihung in die mit Anrecht auf Ruhegeld angestellten Personen und damit von dem Erlöschen der Versicherungspflicht Kenntnis erhalten. Der Magistratsbeschluß vom 20./26. Juni 1919 hatte bis dahin für ihn keinerlei Interesse, weil er noch gar nicht wußte, daß er sich auch auf ihn mitbezog. Ebensowenig war er, wie aus der Bescheinigung seiner Arbeitgeberin hervorgeht, von der inzwischen erfolgten Abmeldung aus der Krankenkasse verständigt worden. Hat er aber somit tatsächlich erst am 24. August 1919 von dem Erlöschen seiner Versicherungspflicht Kenntnis erhalten, so war er bis dahin auch ohne sein Verschulden verhindert, den Antrag auf Weiterversicherung zu stellen. Unter diesen Umständen muß der am 29. August 1919 bei der Kasse eingegangene Antrag auf Weiterversicherung als rechtzeitig angesehen werden. Hierzu nötigen nach der Ansicht des Beschlußsenats Entstehung, Inhalt und Zweck des § 313. Diese Vorschrift ist, wie § 326 des Entwurfs (§ 313 des Gesetzes) erkennen läßt, aus § 27 Abs. 1 des Krankenversicherungsgesetzes übernommen.

Wie aus der Begründung zu § 23 des Entwurfs eines Gesetzes betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter (§ 27 des Krankenversicherungsgesetzes S. 148) hervorgeht, und auch der Wortlaut des § 27 Abs. 1 des Krankenversicherungsgesetzes ergibt, hat der Gesetzgeber das Recht, nach Beendigung der Pflichtmitgliedschaft durch freiwillige Fortzahlung der Beiträge sich die Kassenmitgliedschaft zu erhalten, grundsätzlich allen Kassenmitgliedern gleichmäßig einräumen wollen. § 313 Abs. 1 RVO. schränkt diesen Vorsatz lediglich nach der Richtung hin ein, daß das Recht der Weiterversicherung an die Voraussetzung einer vorangegangenen Versicherung von gewisser Dauer gebunden sein soll. Soll hiernach das Recht der Weiterversicherung grundsätzlich allen Pflichtversicherten bei dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung offenstehen, so muß auch für alle in Betracht kommenden Versicherten die Möglichkeit bestehen, dieses Recht auszuüben, wenn anders der in § 313 Abs. 1 klar zum Ausdruck gebrachte Wille des Gesetzgebers nicht vereitelt werden soll. Das würde der Fall sein, wenn man die lediglich die Durchführung des § 313 Abs. 1 regelnde Vorschrift des § 313 Abs. 2 Satz 1 über die Antragsfrist ihrem Wortlaut nach auslegen wollte. Denn dann würden alle Versicherten, die, wie Sch., von dem Erlöschen der Pflichtversicherung ohne ihr Verschulden erst verspätet Kenntnis erhalten haben, von dem Rechte der Weiterversicherung schlechthin ausgeschlossen sein. An solche Fälle hat der Gesetzgeber bei Regelung der Antragsfrist offenbar nicht gedacht. Da aber nach dem oben Ausgeführten in diesen Fällen das Recht der Weiterversicherung jedenfalls nicht ausgeschlossen werden sollte, so kann, wenn man diesem im Gesetz selbst zum Ausdruck gebrachten Willen des Gesetzgebers Rechnung tragen will, § 313 Abs. 2 Satz 1 nur dahin ausgelegt werden, daß die daselbst erwähnte Dreiwochenfrist in solchen Fällen, in denen der Versicherte ohne sein Verschulden von dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung verspätet Kenntnis erhalten hat, erst von der Kenntnis des Ausscheidens ab zu laufen beginnt.

Hiernach ist die Anzeige Sch. an die Kasse, sich weiter versichern zu wollen, rechtzeitig erfolgt. Die Anzeige wirkt auf den Zeitpunkt des Ausscheidens aus der Pflichtversicherung zurück, so daß Sch. mit dem 26. Juni 1919, nicht erst, wie das Versicherungsamt angenommen hat, mit dem 1. August 1919, dem Tage der Abmeldung aus der Pflichtversicherung, freiwilliges Mitglied der Betriebskrankenkasse der Stadtgemeinde B. geworden ist. Mit dieser Maßgabe war daher die Beschwerde der Kasse gegen die angefochtene Entscheidung zurückzuweisen.

D. Zur Unfallversicherung.

Unfall an einem im eigenwirtschaftlichen Interesse aufgesuchten Ort außerhalb der eigentlichen Arbeitsstätte.

Rek. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** (8. Senats) vom 21. Oktober 1920.

... Allerdings gehörte es zu den Obliegenheiten des verstorbenen J. H., die Dächer der Gebäude der Eisenhütte O. instand zu halten. Am 24. März 1919 hatte er aber lediglich den bestimmten Auftrag, das Dach auf den Zentralwerkstätten gegenüber dem Verwaltungsbüro der Eisenhütte zu dichten. Für diesen Tag war also seine Arbeitsstätte das Dach der Zentralwerkstätte, nicht auch die übrigen Dächer, beziehungsweise Böden der sonstigen Gebäude der Hütte. Den Dachboden der Meisterbadeanstalt hat er am 24. März 1919 lediglich betreten, um dort während einer Arbeitspause zu schlafen; aus den Umständen, unter denen seine Leiche am 25. März 1919 daselbst aufgefunden ist, wie auch unter Be-

Digitized by Google

rücksichtigung der Tatsache, daß er bereits gegen 8 Uhr vormittags zum letzten Male bei seiner Betriebsarbeit gesehen worden ist, hat das Reichsversicherungsamt die Überzeugung erlangt, daß er nicht im Betriebsinteresse, sondern in dem angegebenen eigenwirtschaftlichen Interesse sich auf den Boden der Meisterbadeanstalt begeben hat. Dort hat er sein Ende gefunden. Als ihn der Tod ereilte, befand er sich demnach nicht im Betriebe, denn jener Dachboden war — wie dargelegt — am 24. März 1919 nicht seine Arbeitsstätte. Erlag er dort einem Unfall, was übrigens nicht feststeht, so konnte dieser jedenfalls nicht als Betriebsunfall angesehen werden.

Einlegung eines Rechtsmittels gegen den dem Verletzten erteilten Bescheid durch die Krankenkasse (§ 1509 RVO).

Rek. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** (9. Senats) vom 29. September 1920.

Nach § 1509 RVO. kann eine Krankenkasse, die Ersatzansprüche aus der Unfallentschädigung hat, die Feststellung dieser Entschädigung selbständig betreiben, auch Rechtsmittel einlegen. Das Verhältnis zwischen der Krankenkasse und dem Verletzten ist in diesem Falle das notwendiger Streitgenossen im Sinne des § 62 der Zivilprozeßordnung, so daß die rechtzeitige Einlegung eines Rechtsmittels durch einen Streitgenossen auch dem andern zugute kommt (zu vgl. Rekursentsch. 2765, Amtl. Nachr. 1914 S. 800). Da nun der Rekurs der Allgemeinen Ortskrankenkasse rechtzeitig eingelegt ist, kann es dahingestellt bleiben, ob auch die Anschlußerklärung des Verletzten L. innerhalb der Rekursfrist eingegangen ist.

Die Annahme des Oberversicherungsamts, daß die Berufung der Allgemeinen Ortskrankenkasse gegen den Endbescheid vom 20. Juni 1919 verspätet eingelegt sei, ist rechtsirrtümlich. Denn wenn auch im Falle der notwendigen Streitgenossenschaft durch die rechtzeitige Einlegung eines Rechtsmittels durch einen Streitgenossen die Rechtsmittelfrist für die übrigen gewahrt wird, so laufen doch die Rechtsmittelfristen für jeden Streitgenossen besonders von der an ihn bewirkten Zustellung an. (Gaupp-Stein, Komm. zur Zivilprozeßordnung Bd. 1 S. 188, Anm. V Nr. 1 S. 189, Anm. VI zu § 62 und § 516; Rekursentsch. 2807, Amtl. Nachr. 1915 S. 529). Eine förmliche Zustellung des Endbescheides an die Allgemeine Ortskrankenkasse hat aber, obwohl sie ihre Ersatzansprüche bereits durch Schreiben vom 7. März 1919 angemeldet hatte, überhaupt nicht stattgefunden; es ist ihr vielmehr nur am 12. Juli 1919 eine Abschrift des Bescheides zugesandt worden. Der Umstand, daß ihr dabei zugleich mitgeteilt worden ist, der Bescheid sei an den Verletzten am 23. Juni 1919 abgesandt worden, ist für den Lauf der Berufungsfrist gegenüber der Ortskrankenkasse unerheblich. Die Berufungsfrist konnte ihr gegenüber keinesfalls beginnen, bevor sie von dem Inhalt des Bescheides Kenntnis erlangt hatte. Da die Krankenkasse aber innerhalb eines Monats nach diesem Zeitpunkte, nämlich am 11. August 1920, Berufung eingelegt hat, hat sie die Berufungsfrist auf jeden Fall gewahrt. Um so weniger kann daher von einer verschuldeten Versäumnis einer Verfahrensfrist im Sinne des § 1509 RVO. die Rede sein.

Das Oberversicherungsamt hätte also auf die Berufung der Ortskrankenkasse hin eine Entscheidung in der Sache selbst erlassen müssen. Da dies infolge eines Mangels des Verfahrens in der Berufungsinstanz nicht geschehen ist, war das angefochtene Urteil aufzuheben und die Sache gemäß § 1715 RVO. an die Berufungsinstanz zurückzuverweisen.

E. Zur Angestelltenversicherung.

Grundsätzliche Entscheidungen des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung.

(„Angestelltenversicherung" 1920 Nr. 12 S. 212 ff.)

Nr. 427. Ein auf Privatdienstvertrag angestellter städtischer Wäger, der die städtische Wage zu bedienen und die hiermit verbundenen schriftlichen Arbeiten zu erledigen hat, ist weder als Handlungsgehilfe noch als Bürobeamter noch gemäß § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte versicherungspflichtig.

Nr. 428. Eine „Beteiligung" bei einer zugelassenen Ersatzkasse im Sinne des § 273 Abs. 1 des Versicherungsgesetzes für Angestellte liegt nur vor, wenn der Versicherungspflichtige bei einer Unternehmung beschäftigt ist, für welche die Kasse errichtet ist.

Nr. 429. Erstattungsansprüche aus § 398 des Versicherungsgesetzes für Angestellte sind jedenfalls dann nicht vererblich, wenn sie nicht erhoben sind.

Nr. 430. Unverschuldete Verzögerung der Antragstellung rechtfertigt nicht die Gewährung der Rente von einem früheren als dem im § 23 des Versicherungsgesetzes für Angestellte bestimmten Zeitpunkt.

Nr. 431. Hat eine Ersatzkasse dem Antrage der Witwe des Versicherten auf Beitragserstattung gemäß § 398 des Versicherungsgesetzes für Angestellte irrtümlicherweise entsprochen, so kann die Ersatzkasse, wenn der Witwe später ein Anspruch auf

Digitized by Google

Hinterbliebenenrente gegen die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte zuerkannt wird, nicht verlangen, daß ihre Forderung auf Rückzahlung des erstatteten Betrages gegen die Rentenansprüche der Witwe aufgerechnet wird.

Nr. 432. Die Frist des § 209 Abs. 3 des Versicherungsgesetzes für Angestellte ist eine Verjährungsfrist. Die Verjährung wird auch durch Geltendmachung des Anspruchs bei der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte unterbrochen.

Nr. 433. Der Lauf der Frist des § 398 des Versicherungsgesetzes für Angestellte letzter Satz beginnt auch dann mit dem Tode des Versicherten, wenn bis zu diesem Zeitpunkte für ihn Beiträge nicht entrichtet sind.

Nr. 434. Beim Wegfall der Befreiung von der eigenen Beitragsleistung aus § 390 des Versicherungsgesetzes für Angestellte ist der Arbeitgeber zur Entrichtung der vollen Beiträge auch dann verpflichtet, wenn ihm von dem Wegfall der Befreiung nichts bekannt geworden ist und er zufolge Ausscheidens des Angestellten aus der Beschäftigung keine Möglichkeit hat, von diesem die auf ihn entfallenden Beitragsteile wieder einzuziehen.

Sprechsaal.

Bedeutung der neuen Steuergesetze für die Versicherungsträger.

Vgl. Arbeiter-Versorgung 1921, Nr. 2, S. 31.

Meine Ausführungen auf S. 676 des Jahrganges 1920 über die gesetzliche Steuerfreiheit eines zum Genesungsheim bestimmten Grundstücks bezogen sich, wie aus ihnen hervorgeht, nicht auf die einmalige Steuer, die beim Übergange des Eigentums erhoben wird (§ 1 des Grunderwerbssteuergesetzes), sondern nur auf die unter II meiner Darlegungen behandelte periodische Steuer der „Toten Hand" (§§ 10, 21 Abs. 3 u. 4 a.a.O.), während der jetzt mitgeteilte Erlaß des Reichsfinanzministers den ersten Fall, die einmalige Erwerbssteuer, betrifft. Daß das Gesetz für diese einmalige Steuer beim Erwerb von Grundstücken zu Genesungsheimen usw. keine Befreiungsvorschrift enthält, ist auch meine Ansicht. Bedauerlich ist die Ablehnung der Anwendung des Billigkeitserlasses. L. M.

Das „gute Geschäft" der Krankenkassen bei Gewährung von Arzthilfe in Natur bei Wochenhilfe.

In Nummer 1 des „Zentralblattes der Reichsversicherung", Herausgeber Prof. Dr. Stier-Somlo, sind längere Ausführungen über „Sachleistungen bei Wochenhilfe" von Oberregierungsrat Dr. Hoffmann, Berlin, enthalten, welche in einem wesentlichen Punkte nicht unwidersprochen bleiben dürfen. Hoffmann schreibt:

„Gewährt die Kasse nur ärztliche Hilfe in Natur, so muß sie den auf die Hebammendienste entfallenden Teil der Beihilfe, also beim Entbindungsbeitrag mindestens 25 ℳ, dem Mitglied in bar auszahlen. Da nur in den seltensten Fällen ärztliche Hilfe bei Geburten nötig ist und in Anspruch genommen wird, so machen die Krankenkassen, welche nur den Arzt in Natur zusichern, ein gutes Geschäft. Fast bei allen Geburten zahlen sie höchstens die Hälfte der Beihilfe, also 25 ℳ, während sie den Rest für sich behalten. Diese Ersparnis wird durch die teuren Arztkosten in den vereinzelten Fällen der Zusicherung des Arztes auch nicht annähernd aufgezehrt, obwohl nach dem Schiedsspruch in dem Tarifstreite zwischen Ärzten und Krankenkassen vom 2. Juni 1920 eine Erhöhung der Arztkosten um 400 v. H. vorgesehen ist."

Daß die von Hoffmann angeführten Voraussetzungen der geringen Inanspruchnahme ärztlicher Geburtshilfe in Wirklichkeit gar nicht zutreffen, sondern im Gegenteil leider eine sehr häufige Inanspruchnahme des Arztes bei Geburten erfolgt, kann einwandfrei an Hand der folgenden Übersicht nachgewiesen werden.

Zahl der Geburtsfälle mit Wochenhilfe bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse in Remscheid im Jahre 1920:

Mitglieder:	Angehörige:	Minderbemittelte:	zus.:
197	644	56	897 Fälle.

Hiervon wurden mit ärztlicher Hilfe entbunden:

67	226	17	310 Fälle.
= 34 %	= 35 %	= 30 %	= 34½ %

Vorstehende Zahlen ergeben, daß im Durchschnitt 34½ v. H., also bei über einem Drittel aller Geburten, ärztliche Hilfe in Anspruch genommen worden ist. Nebenbei sei noch bemerkt, daß in neun Fällen zwei Ärzte und in einem Falle drei Ärzte zugezogen waren. Dieses soll aber bei der Betrachtung unberücksichtigt bleiben, weil es Ausnahmen sind. Bereits in den Vorjahren ist aber festgestellt worden, daß durchschnittlich bei einem Drittel der Geburtsfälle mit ärztlicher Hilfe zu rechnen war, und Remscheid wird hierin keine Ausnahme machen, was sehr leicht durch eine Umfrage bei den Kassen anderer Industriestädte nachgewiesen werden kann.

Da nun die Allgemeine Ortskrankenkasse die ärztliche Geburtshilfe in Natur und zu den Kosten der Inanspruchnahme einer Hebamme bei der Entbindung eine Barleistung von 35 ℳ gewährt, komme ich nach Hoffmann zu dem „guten Geschäft", welches die Kassen dadurch machen, indem sie vom Reich den Pauschbetrag von 50 ℳ erhalten. Bekanntlich wird derselbe bei Familienangehörigen (der Mehrzahl der Fälle) nur halb und bei den Minderbemittelten ganz als Ersatz gewährt.

Bei den 897 Geburtsfällen im Jahre 1920 hat die Kasse gezahlt für

310 mal ärztliche Hilfe à 70 ℳ . .	= 21 700 ℳ
897 mal für Hebammen à 35 ℳ . .	= 31 395 ℳ
897 mal 1 Paket Watte à 9,50 ℳ	= 8 321 ℳ
zusammen	61 416 ℳ

Vom Reich erstattet werden hiervon:

644 mal 25 ℳ für Angehörige . .	= 16 100 ℳ
56 mal 50 ℳ f. Minderbemittelte	= 2 800 ℳ
zusammen	18 900 ℳ
bleiben zu Lasten der Kasse	42 516 ℳ

Digitized by Google

Zu diesem Mehraufwand der Kasse im Betrage von 42 516 ℳ kommen noch die nicht unerheblichen Kosten für Nachtleistungen der Ärzte und Medikamente, welche hierbei nicht berücksichtigt sind.

An diesem Beispiel ist aber schon klar ersichtlich, in welch hohem Maße die Krankenkassen durch die Wochenhilfe belastet werden. Die großen Summen, welche an Wochen- und Stillgeld aufgebracht werden, sollen an dieser Stelle außer Betracht bleiben.

Herr Oberregierungsrat Hoffmann kommt nun weiter in seinen Ausführungen zu der Auffassung, daß, weil die Kassen durch Gewährung von Sachleistungen die Barleistungen zum Nachteil der Versicherten zu kürzen in der Lage sind, die Frage aufzuwerfen sei, ob im Aufsichtswege hiergegen eingeschritten werden kann usw., um zu erreichen, daß in jedem Falle mindestens der volle Pauschbetrag ausgezahlt werden müsse. Aus dem angeführten Material dürfte aber zweifellos ersichtlich sein, daß die Kassen im allgemeinen bei Auszahlung des vollen Pauschbetrages wesentlich billiger fahren würden, daß aber mit der Gewährung von Arzthilfe in Natur kein „Geschäft" gemacht werden kann.

Es kann jedoch gesagt werden, daß vielmehr den Krankenkassen schon heute eine Reihe Lasten aufgebürdet sind, welche vom Reich getragen werden müßten. Zu der Wochenhilfe kommen jetzt noch die Lasten des Reichsversorgungsgesetzes, welche die Kassen ebenfalls mit tragen müssen. Nicht unerwähnt mögen die Kosten sein, welche von den Kassen zugunsten anderer Versicherungsträger, wie Landesversicherungsanstalten und Berufsgenossenschaften, trotz jahrelanger Klagen weiter zu tragen sind, so daß heute eine Krankenkasse ungefähr die Rolle eines Lastträgers spielen muß, welchem Lasten auferlegt werden, die zwei starke Männer kaum auf ihre Schultern zu heben vermögen.

Wenn man die Dinge vom sozialen Standpunkt aus betrachtet, darf die Tatsache nicht übersehen werden, daß die Kassenbeiträge stets zu zwei Dritteln von den Versicherten aufgebracht werden müssen. Bei einer mit Naturnotwendigkeit sich ergebenden weiteren Steigerung der Beiträge wäre daher die Forderung auf Halbierung der Beiträge seitens der Versicherten ernstlich zu prüfen.

Otto, Geschäftsführer
der Allg. Ortskrankenkasse in Remscheid.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Postüberwachung im besetzten rheinischen Gebiet.

Nach dem Inkrafttreten des Vertrages von Versailles vom 28. Juni 1919 ist in den besetzten rheinischen Gebieten die bis dahin von den Besatzungsbehörden ständig ausgeübte allgemeine Überwachung des Postverkehrs zwar weggefallen; die Interalliierte Rheinlandkommission in Koblenz hat sich aber im Artikel 11 ihrer auf Grund des Abkommens über die militärische Besetzung der Rheinlande erlassenen Verordnung Nr. 3 vom 10. Januar 1920 das Recht zugesprochen, jederzeit die Aushändigung von Briefen und Postsendungen von den deutschen Behörden fordern zu können. Die Interalliierte Kommission kann sonach die Postüberwachung jederzeit und an jedem beliebigen Orte des besetzten rheinischen Gebiets ohne weiteres ausüben lassen. Nach den bisherigen Wahrnehmungen verfährt sie auch dementsprechend und läßt auf bestimmte oder unbestimmte Zeit bald in diesem, bald in jenem Orte des besetzten Gebiets eine Überwachung des Postverkehrs in mehr oder weniger großem Umfang eintreten. Da die Anordnungen über Ort und Zeit derartiger Postüberwachungen gänzlich von dem jeweiligen Belieben der obersten Besatzungsbehörde abhängen, lassen sich nähere Angaben darüber nicht machen. Es ist aber dringend erwünscht, daß die Absender von Briefen usw. nach Orten in den besetzten rheinischen Gebieten sich dieser Sachlage immer bewußt bleiben und in ihren Mitteilungen alles vermeiden, was im Falle einer Durchsicht ihrer Sendungen ihnen selbst und insbesondere auch den Empfängern zum Nachteil gereichen könnte. („Berufsgenossenschaft.")

Einfluß einer Weihnachtsgratifikation auf die Beitragszahlung zur Angestelltenversicherung.

Vielfach ist noch unbekannt, daß Weihnachtsgratifikationen, wie sie jetzt wieder in vielen Betrieben zur Auszahlung gelangt sind, auch die Beitragszahlung zur Angestelltenversicherung beeinflussen. Sie sind nämlich, wie alle Zuwendungen des Arbeitgebers (z. B. Kost und Wohnung, Teuerungszulagen), dem Jahresarbeitsverdienst des Angestellten hinzuzurechnen, wenn sie einen Rechtsanspruch oder eine Gewohnheit zur Grundlage haben. Ein Rechtsanspruch liegt insbesondere dann vor, wenn bereits in dem Anstellungsvertrage die Zahlung einer Weihnachtsgratifikation zugesagt ist. Im übrigen genügt aber schon eine Gewohnheit, die sich innerhalb des Geschäftszweiges oder des Betriebes herausgebildet hat.

Soweit die Weihnachtsvergütung im voraus in bestimmter Höhe zugesichert ist, ist sie bereits bei der Beitragszahlung des ganzen laufenden Geschäftsjahres zu berücksichtigen. Ist die Auszahlung einer Weihnachtsgratifikation zwar üblich und gewiß, ihre Höhe aber unbestimmt, so ist sie für die Beitragszahlung des laufenden Geschäftsjahres in der Höhe anzusetzen, in der sie dem Angestellten im letzten Geschäftsjahr zugeflossen ist.

Hat also z. B. ein Angestellter zu Weihnachten 1920 eine Gratifikation von 250 ℳ erhalten, bezieht er von Januar 1921 an ein Monatsgehalt von 325 ℳ und ist die Höhe der Weihnachten 1921 zur Auszahlung kommenden Gratifikation noch unbestimmt, so beträgt sein der Beitragszahlung zur Angestelltenversicherung für 1921 zugrunde zu legender Jahresarbeitsverdienst 12 mal 325 ℳ = 3900 ℳ und 250 ℳ = 4150 ℳ. Es sind somit von Januar 1921 an Beiträge nach Gehaltsklasse J mit monatlich 26,60 ℳ für ihn abzuführen. Durch den Bezug einer Weihnachtsgabe kann aber ein Angestellter auch aus der Angestelltenversicherung ausscheiden. Hat er z. B. bisher ein Monatsgehalt von 1200 ℳ bezogen und zu Weihnachten 1920 eine Gratifikation von 800 ℳ erhalten, so würde sein Jahresarbeitsverdienst für 1921 zusammen 15 200 ℳ betragen; er würde also die vorläufig noch bestehende Grenze von 15 000 ℳ überschreiten und würde demgemäß seit 1. Januar 1921 nicht mehr versicherungspflichtig sein. Keineswegs wird aber in diesem Falle bewirkt, daß

Digitized by Google

der Angestellte nun auch schon für 1920 rückwirkend für nichtversicherungspflichtig anzusehen ist und die für ihn bisher gezahlten Beiträge etwa nun zurückgefordert werden können. Diese Ansicht ist zwar vielfach verbreitet, aber irrig. Ebenso irrig ist die Meinung vieler, sie hätten das gezahlte Weihnachtsgeschenk nur bei der Beitragszahlung für Dezember zu berücksichtigen.

Gewährung von Erwerbslosenunterstützung an italienische Staatsangehörige.

Der Reichsarbeitsminister hat durch Erlaß vom 24. 11. 20 (RArbBl. S. 242) die Regierungen der Länder ersucht, anzuordnen, daß italienischen Staatsangehörigen Erwerbslosenunterstützung in demselben Umfange gewährt wird, wie deutschen Reichsangehörigen.

Zur Begründung bemerke ich, daß in Italien eine allgemeine Erwerbslosenfürsorge erstmalig durch Verordnung vom 5. Januar 1919 (Nr. 6 von 1919, abgedruckt in Nr. 25 der „Gazzetta Uffiziale" vom 30. Januar 1919) eingeführt worden ist. Die Fürsorge ist inzwischen ersetzt worden durch eine obligatorische Versicherung gegen Arbeitslosigkeit gemäß der Verordnung mit Gesetzeskraft vom 19. Oktober 1919 (Nr. 2214 von 1919, „Gazzetta Uffiziale" Nr. 291 vom 10. Dezember 1919). Die Versicherung setzt zwar für ihre Leistungen die Zahlung von Beiträgen voraus; für die Übergangszeit ist jedoch in Art. 52 der letztgenannten Verordnung vorgesehen, daß Arbeiter und Angestellte, die bei Inkrafttreten der Verordnung unfreiwillig arbeitslos waren, ohne Rücksicht auf die Zahlung von Beiträgen in den Genuß der Versicherungsleistungen kommen. Darüber hinaus hat das italienische Reichsamt für Arbeitsvermittlung und Erwerbslosigkeit die unterstellten Behörden angewiesen, zugunsten der Personen, die erst nach Inkrafttreten der Verordnung arbeitslos geworden sind, das Gesetz „weitherzig" auszulegen. Da die Leistungen der italienischen Fürsorge denen der deutschen annähernd gleichwertig sind, und ein Unterschied in der Behandlung deutscher und italienischer Erwerbsloser nach der Verordnung nicht gemacht wird, glaube ich die in § 7 der deutschen Reichsverordnung über Erwerbslosenfürsorge vorgesehene Gegenseitigkeit hinsichtlich Italiens bis auf weiteres als gegeben annehmen zu sollen.

Beantwortung von Anfragen.

Die Auskünfte werden den Beziehern der Zeitschrift an dieser Stelle der Regel nach unentgeltlich erteilt; eine Pflicht hierzu oder eine zivilrechtliche Haftung wird nicht übernommen. Ist Durchsicht umfangreicherer Schriftstücke oder eingehendere Begründung erforderlich oder wird schriftliche Auskunft gewünscht oder erscheint die Sache zur Veröffentlichung nicht geeignet, so behalten wir uns den Anspruch auf angemessene Vergütung vor.

Voraussetzung der Beitrittsberechtigung nach § 176 Abs. 1 Ziff. 1 RVO.

1. **Nach Demmin.** Antwort: Beitrittsberechtigt nach § 176 Abs. 1 Ziff. 1 RVO. sind „versicherungsfreie Beschäftigte der im § 165 Abs. 1 bezeichneten Art", also Personen, die in eine der dort bezeichneten Gruppen eingereiht werden können, aber aus besonderen, den Einzelfall betreffenden Gründen nicht versicherungspflichtig sind, z. B. weil sie keinen Entgelt erhalten oder weil § 169 RVO. zutrifft (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 2 zu § 176; Entsch. des RVA. 2183, ArbVers. 1916 S. 513b). Das Mädchen, das nach Aufgabe ihrer versicherungspflichtigen Beschäftigung jetzt ohne eine solche Beschäftigung im Hause der Eltern lebt und die Frist zur Weiterversicherung nach § 313 RVO. versäumt hat, ist nicht beitrittsberechtigt und darf daher von der Kasse als freiwilliges Mitglied nicht aufgenommen werden, auch wenn es ein Gesundheitszeugnis vorgelegt hat.

Örtliche Geltung der ärztlichen Gebührenordnungen.

2. **Nach Solingen (Bez. Bremen).** Antwort: Für den Facharzt in Bremen, dem der Versicherte mit Zustimmung der Kasse vom Kassenarzt überwiesen worden ist, gilt nicht die preußische, sondern die etwa für Bremen auf Grund des § 80 Gew. Ordg. erlassene Gebührenordnung und Taxe oder, falls eine solche dort nicht besteht, der § 612 Abs. 2 BGB., wonach der Arzt beim Mangel einer vertragsmäßigen Vereinbarung mit der Kasse die in Bremen „übliche Vergütung" für seine ärztlichen Leistungen zu beanspruchen hat. Eine „allgemeine deutsche Gebührenordnung" gibt es nicht. Gemeint ist möglicherweise das Tarifabkommen zwischen den Hauptverbänden der Krankenkassen und den Ärzteverbänden. Dieses Abkommen aber ist nur dann maßgebend, wenn ihm sowohl die Kasse als auch der Arzt — sei es unmittelbar oder durch Vermittlung der Verbände — beigetreten ist.

Zur versicherungsrechtlichen Stellung der Supernumerare und Beamtenanwärter bei Finanzämtern.

3. **Nach Arnstadt.** Antwort: In der Entsch. des RVA. 2359 (Amtl. Nachr. 1917 S. 511, ArbVers. 1917 S. 544) ist ausgeführt: Die Worte des Gesetzes (§ 165 Abs. 1 Ziff. 1 RVO.) „Lehrlinge aller Art" seien der Ausdruck für die Absicht des Gesetzgebers, den Lehrlingsbegriff möglichst weit zu fassen; es würde dieser Absicht und dem Zwecke des Gesetzes nicht entsprechen, wollte man die bei Landratsämtern, Stadtmagistraten, Gerichten oder Katasterämtern beschäftigten Bürolehrlinge aus der Versicherung ausschließen. Ob hiernach auch „Personen, die eine höhere Lehranstalt verlassen haben, und zur Ausbildung bzw. Vorbereitung für höhere Beamtenstellen als Steuersupernumerare und Beamtenanwärter ohne Entschädigung" bei Finanzämtern beschäftigt werden, gleichfalls als Lehrlinge (ohne Entgelt) anzusehen sind, und also nach § 165 Abs. 1 Ziff. 1 (§ 494) RVO. versicherungspflichtig sind, kann gleichwohl zweifelhaft sein. Wir neigen aber zur Bejahung der Frage. Daß jene Personen vor Eintritt in den Vorbereitungsdienst eine höhere

Digitized by Google

Lehranstalt besucht haben, ist für sich allein unerheblich. Nur wenn der erfolgreiche, insbesondere durch Bestehen einer Prüfung abgeschlossene Besuch der höheren Lehranstalt die Voraussetzung für die Aufnahme in den Vorbereitungsdienst und für spätere Aufrücken in „höhere Beamtenstellen" bildete — wie z. B. bei den Gerichtsreferendaren — würden wir die Annahme eines Lehrlingsverhältnisses auch im Sinne der Entsch. des RVA. für ausgeschlossen halten, weil ein so gestalteter Vorbereitungsdienst über den bloßen Bürodienst hinausführen soll. Unter den „höheren Beamtenstellen" im Sinne der Anfrage dürften aber wohl nur höhere Stellen im Bürodienst zu verstehen sein, die ohne die Voraussetzung einer Abschlußprüfung auf einer höheren Lehranstalt erlangt werden können. Dann sind aber die Supernumerare und Beamtenanwärter bei den Finanzämtern ebenso als „Bürolehrlinge" anzusehen, wie jene Lehrlinge bei den oben bezeichneten anderen Ämtern. Wir wiederholen aber, daß die Sache zweifelhaft ist und empfehlen, sie zum instanziellen Austrag zu bringen

Bemessung des Krankengeldes nach § 12 Abs. 2 Reichs-VersorgGes.

4. **Nach H.** Frage: Es bestehen hier Zweifel über die Durchführung des § 12 des Reichsversorgungsgesetzes (RVG.). Durch die Ausführungsbestimmungen ist klargestellt, daß sich diese Vorschrift nur auf nichtversicherte Beschädigte bezieht. Unklar ist aber die Bestimmung des Abs. 2 geblieben, nach welcher die Höhe des Krankengeldes so zu bemessen ist, als ob der Beschädigte der Kasse freiwillig beigetreten wäre. Nach RVO. und Satzung sind unter den näheren Voraussetzungen zum freiwilligen Beitritt berechtigt Personen, deren Jahresarbeitsverdienst 2500 ℳ nicht übersteigt. Es könnten hiernach nur solche nichtversicherte Beschädigte Krankengeld erhalten, die diese Verdienstgrenze nicht überschreiten. Mit welchem Krankengeld soll nun beispielsweise ein nichtversicherter Beschädigter, der an Einkommen einschl. Militärrente 30 ℳ täglich verdient, abgefunden werden? Welche Leistungen sind einem nach Gesetz und Satzung ausgesteuerten Versicherten zu gewähren, der nach Ablauf der Unterstützungsdauer einen unmittelbaren weiteren Anspruch auf Grund des RVG. hat, sofern ihm bei einem Grundlohn von 30 ℳ bisher ein tägliches Krankengeld von 18 ℳ gewährt wurde?

Antwort: Sie gehen von einer irrigen Voraussetzung aus, wenn Sie annehmen, daß nach § 12 Abs. 2 RVG. nur solche Personen Krankengeld erhalten können, deren Jahresarbeitsverdienst 2500 ℳ nicht übersteigt. Abs. 2 des § 12 betrifft nur die Bemessung des Krankengeldes und bestimmt, daß hierbei unterstellt werden soll, der Beschädigte sei der Kasse freiwillig beigetreten; daß die Voraussetzungen dafür nach § 176 RVO. tatsächlich vorliegen müßten, daß also insbesondere der Jahresverdienst 2500 ℳ nicht übersteigen dürfe, wird nicht gefordert. Daher bestimmt sich der für die Bemessung des Krankengeldes maßgebende Grundlohn auch im Sinne des § 12 Abs. 2 RVG. nach § 180 RVO. Das heißt: Übt der Beschädigte eine zum freiwilligen Beitritt nach § 176 berechtigende Beschäftigung aus, so bestimmt sich der Grundlohn nach dem jeweiligen Verdienst aus dieser Beschäftigung und nach der jeweiligen Lohnstufenordnung der Kasse (§ 180 Abs. 1 bis 4 RVO.; zu vgl. ArbVers. 1920 S. 518 Ziff. 5); übt er eine solche Beschäftigung nicht aus und läßt sich danach ein Grundlohn nicht ermitteln, so ist die für solche Fälle in der Satzung getroffene Bestimmung maßgebend (§ 180 Abs. 5 RVO.).

Zum Begriff der Gewährleistung eines Anspruchs nach § 169 RVO.

5. **Nach W.** Antwort: Aus dem Beschluß der preußischen Minister v. 2. 7. 20, der nur die in Betrieben oder im unmittelbaren Dienste des Staates Beschäftigten betrifft, kann hinsichtlich der Befreiung der von dem Amte W. Beschäftigten nichts hergeleitet werden. Für diese ist nur der Beschluß der Amtsverwaltung v. 29. 8. 16 maßgebend. Dieser aber ist nicht geeignet, die Versicherungsfreiheit gemäß § 169 RVO. in der Fassung der Vrdg. v. 3. 2. 19 (ArbVers. S. 125) zu begründen. Und zwar hinsichtlich der nichtbeamteten Beschäftigten schon deshalb nicht, weil deren Befreiung nach der jetzigen Fassung des § 169 Abs. 2 nur zulässig ist, wenn sie auf Lebenszeit oder nach Landesrecht unwiderruflich oder mit Anrecht auf Ruhegehalt angestellt sind. Soweit es sich aber um Beamte im Dienste des Amtes W. handelt, ist den Anforderungen des § 169 Abs. 1 nicht genügt. Nach dieser Vorschrift muß den Beamten ein Anspruch mindestens entweder auf Krankenhilfe in Höhe und Dauer der Regelleistungen oder für die gleiche Zeit auf Gehalt, Ruhegeld, Wartegeld oder ähnliche Bezüge im anderthalbfachen Betrage des Krankengeldes gewährleistet sein. „Gewährleistet" ist dem Beamten ein Anspruch nur dann, wenn er in bestimmter Art verbindlich zugesichert ist, so daß der Beamte von vornherein Klarheit und Sicherheit darüber hat, welcher Anspruch im Krankheitsfalle zusteht. Dem Arbeitgeber steht allerdings die Wahl zu, welchen von den im § 169 Abs. 1 bezeichneten Ansprüchen er zusichern will; nicht aber kann er sich die Entschließung darüber, von welcher der dort gegebenen Möglichkeiten er bei Erkrankung des Beamten Gebrauch machen will, vorbehalten. Durch die Zusicherung, daß den Beamten im Falle der Erkrankung für 26 Wochen „wahlweise nach Bestimmung des Amtmanns" entweder die Regelleistung oder das anderthalbfache Krankengeld gewährt wird, ist ein Anspruch im Sinne des § 169 Abs. 1 noch nicht gewährleistet (zu vgl. ArbVers. 1915 S. 549 Ziff. 1).

Keine Anrechnung von Ersatztatsachen (§ 1393 RVO.) bei freiwillig fortgesetzter Invalidenversicherung.

6. **Nach Coburg.** Antwort: Die Anrechnung der Ersatztatsachen des § 1393 RVO. setzt nach Abs. 2 voraus, daß der Versicherte vorher berufsmäßig nicht nur vorübergehend versicherungspflichtig beschäftigt gewesen ist. Es ist richtig, daß hiernach der Eintritt der Ersatztatsache — im vorliegenden Falle Krankheit mit Arbeitsunfähigkeit — sich nicht schlechthin unmittelbar an die versicherungspflichtige Beschäftigung anzuschließen braucht. Dies hat das RVA. wiederholt ausgesprochen (vgl. z. B. Entsch. 1196 und 1247, Amtl. Nachr. 1905 S. 417 und 1906 S. 280). Aber es ist zu beachten, daß die Anrechnung der Ersatztatsachen, wie sich aus Abs. 2 des § 1393 ergibt, eine Vergünstigung ist, die den berufs- und regelmäßig (nicht nur vorübergehend) versicherungspflichtig Beschäftigten zugedacht ist. Wenn daher die Ersatztatsache — im vor-

Digitized by Google

liegenden Falle die Krankheit — sich nicht unmittelbar an einen Zeitraum versicherungspflichtiger Arbeit anschließt, so kommt es darauf an, ob unter Berücksichtigung des Verhaltens des Erkrankten während seines gesamten Arbeitslebens angenommen werden kann, daß er, wenn er nicht erkrankt wäre, versicherungspflichtiger Beschäftigung nachgegangen wäre und dafür Beiträge, also Pflichtbeiträge entrichtet hätte (zu vgl. die erwähnte Entsch. 1247). Diese Annahme aber erscheint ausgeschlossen bei einem Angestellten in gehobener Stellung, der nach Überschreiten der Verdienstgrenze (§ 1226 Abs. 2 RVO.) die Invalidenversicherung freiwillig fortgesetzt hat. Er ist dadurch aus dem Kreise der berufsmäßig versicherungspflichtig Beschäftigten, denen die Vergünstigung des § 1393 zugedacht ist, ausgeschieden.

Einheitlicher oder neuer Versicherungsfall?

7. **Nach Storkow.** Frage: Ein Mitglied unserer Kasse war vom 1. 8. bis 11. 9. 20 wegen Lungenkatarrh arbeitsunfähig krank. Vom 1. 10. 20 ab befindet es sich auf Kosten der Militärverwaltung in einer Heilanstalt und beantragt Gewährung von Krankengeld. In der Zeit vom 12. bis 30. 9. 20 hat das Mitglied keinerlei ärztliche Hilfe in Anspruch genommen. Am 1. 8. 20 erfolgte Abmeldung vom Arbeitgeber. Besteht noch Anspruch auf Krankengeld?

Antwort: Es kommt darauf an, ob am 1. 10. 20 ein „neuer" Erkrankungsfall eingetreten ist. Das ist nicht schon deshalb anzunehmen, weil das Mitglied in der Zeit vom 12. bis 30. 9. 20 ärztliche Hilfe nicht in Anspruch genommen hat; denn das schließt nicht aus, daß das Mitglied in jener Zeit der Krankenpflege bedürftig war, und in diesem Falle läge ein einheitlicher, am 1. 8. 20 eingetretener Versicherungsfall vor, wegen dessen die Leistungsdauer von 26 Wochen noch nicht abgelaufen, mithin vom 1. 10. 20 wieder Krankengeld zu zahlen wäre. Wenn aber der Versicherte in der Zeit vom 12. bis 30. 9. 20 einer Heilbehandlung nicht bedurft hat, so ist ein „neuer" Erkrankungsfall anzunehmen, wegen dessen ein neuer Anspruch auf Krankengeld nur unter den Voraussetzungen des § 214 RVO. begründet sein kann. Dabei ist zu beachten, daß dieser Fall noch in die Dreiwochenfrist des § 214 fällt, weil der Versicherte im Hinblick auf § 311 RVO. erst mit dem 11. 9. 20 aus der Kasse ausgeschieden ist.

Ersatzanspruch des Armenverbandes für Familienhilfe im Krankenhause.

8. **Nach Halle a. S.** Antwort: Satzungsmäßig gewährt die Kasse für Familienangehörige nur ärztliche Behandlung durch die Kassenärzte nebst Arznei und kleineren Heilmitteln. Die vollen Kosten der vom Armenverbande gewährten Krankenhauspflege braucht daher die Kasse nicht zu erstatten, sondern nur die Kosten jener Leistungen, wobei dem Armenverbande gegenüber nicht geltend gemacht werden kann, daß die Krankenhausärzte nicht zu den Kassenärzten gehören (zu vgl. Entsch. des RVA. in ArbVers. 1919 S. 390). Was die Höhe des Ersatzes betrifft, so kommt ein Pauschbetrag nicht in Betracht, sondern es ist der wirkliche Aufwand für ärztliche Behandlung und Heilmittel zu ersetzen (RVA. in ArbVers. 1918 S. 607), und dieser Aufwand muß, wenn jene Leistungen in dem Pflegekostensatz inbegriffen sind, durch billige Schätzung festgestellt werden. Mehr als sie selbst aufzuwenden gehabt hätte, braucht die Kasse keinesfalls zu ersetzen.

Grenzen des Ersatzanspruchs eines Armenverbandes nach §§ 1531 ff. RVO. und der Zuständigkeit des Versicherungsamts.

9. **Nach Stolp.** Antwort: Das Versicherungsamt darf nur innerhalb der erhobenen Ansprüche entscheiden (§ 31 Vrdg. über Verfahren), also weder dem klagenden Armenverbande mehr zusprechen als er beantragt hat, noch die Kasse zu einer Zahlung an den Versicherten verurteilen, obwohl er dem Verfahren nicht beigetreten ist und einen Antrag auf Kassenleistungen nicht gestellt hat (zu vgl. auch § 1545 Ziff. 2 RVO.). Für den Anspruch des Armenverbandes sind übrigens nur die §§ 1531 ff., 1540 RVO. maßgebend. Eine Erweiterung des Anspruchs über die hierdurch bestimmten Grenzen hinaus aus dem Grunde der Geschäftsführung ohne Auftrag oder der ungerechtfertigten Bereicherung würde daher nicht zu begründen sein und überdies nicht der Entscheidung des Versicherungsamts, sondern der ordentlichen Gerichte unterliegen.

Zur Verdg. v. 1. 3. 17 Abschn. II (ArbVers. S. 180).

10. **Nach Halle a. S.** Frage: Gemäß § 205a RVO. darf die Familienhilfe a. a. nur dann gezahlt werden, wenn der Versicherte im letzten Jahre vor der Entbindung der Wöchnerin mindestens 6 Monate hindurch gegen Krankheit versichert war. Nach der Verordnung vom 1. 3. 17 (RGBl. 1917 S. 200, ArbVers. S. 180), Abschn. II Abs. 3 ist auf das im § 195 RVO. erwähnte letzte Jahr die Dauer der Kriegsdienstzeit nicht anzurechnen. Hiernach würde die Zeit der Zugehörigkeit zu einer Krankenkasse vor dem Eintritt in die Kriegsdienste zur Erfüllung der Wartezeit von 6 Monaten herangezogen werden müssen, um die Familienhilfe zahlen zu können. Wir sind nun der Ansicht, daß bei der Anmeldung von Ersatzansprüchen nach § 197 RVO. auch die vor dem Eintritt in die Kriegsdienste liegende Zeit bis zu einem Jahre der Berechnung mit zugrunde gelegt werden kann, sowohl für die Unterstützungsfälle nach dem Gesetz vom 22. 5. 20 als auch vom 26. 9. 20. Wir bitten um Ihre Äußerung.

Antwort: Die Vorschrift im Abschn. II Abs. 3 der Verdg. v. 1. 3. 17 ist, wie sich aus ihrer Fassung und dem Zusammenhange mit den beiden ersten Absätzen ergibt, eine Vergünstigung „für Personen, die während des . . . Krieges dem Reiche . . . Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste" geleistet haben. Als eine Ausnahmevorschrift ist sie an sich schon eng auszulegen; aber abgesehen hiervon, läßt sich die zugunsten der Ansprüche von Kriegsteilnehmern gegebene Vorschrift, nach Sinn und Zweck, durch keine Kunst der Auslegung auf den nicht erwähnten § 197 RVO. übertragen, der den Erstattungsanspruch von Krankenkassen gegeneinander behandelt.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

Heft 1308 der ganzen Folge.

38. Jahrgang | 21. Februar 1921 | Heft 6

Zusammentreffen mehrerer Leistungsgründe in der Krankenversicherung.

Vom Wirklichen Geheimen Ober-Regierungsrat Dr. Hoffmann in Berlin-Grunewald.

I. Allgemeines. Unter Leistungsgrund wird der äußere Anlaß verstanden, durch den der Versicherungsträger zur Gewährung der in der Versicherung vorgesehenen Leistung verpflichtet wird. Die Krankenversicherung kennt vier Leistungsgründe: die Krankheit mit und ohne Arbeitsunfähigkeit, Schwangerschaftsbeschwerden, die Entbindung und den Tod. In jedem dieser Fälle besteht die Leistungspflicht der Krankenkassen nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften unter Berücksichtigung der im Gesetz zugelassenen und in der Satzung vorgesehenen Abweichungen, die sich entweder als eine Beschränkung oder als eine Erweiterung oder Erhöhung der Regelleistungen darstellen.

In der Regel wird eine Krankenkasse nur aus einem Leistungsgrunde Leistungen zu gewähren haben, doch ist das Zusammentreffen mehrerer Leistungen keine ungewöhnliche Erscheinung. So wird nur ausnahmsweise der Tod ohne eine vorausgegangene Krankheit eintreten. Nicht selten stirbt die Wöchnerin bei der Geburt oder im Laufe des Wochenbetts, während ein Zusammentreffen von Tod und Schwangerschaftsbeschwerden insofern ausgeschlossen erscheint, als ein im Verfolg der Schwangerschaftsbeschwerden eintretender Tod als ein Zusammentreffen von Tod und Krankheit aufzufassen ist. Soweit Schwangerschaftsbeschwerden mit der Geburt einhergehen, sind sie keine Schwangerschaftsbeschwerden im rechtlichen Sinne, sondern fallen unter den Begriff Krankheit. Schwangerschaftsbeschwerden müssen immer der Geburt vorangehen; vgl. RVA. Ent. v. 18. September 1916 (AmtlNachr. S. 742). Auch hier ist also ein Zusammentreffen mehrerer Leistungsgründe ausgeschlossen. Dagegen liegt ein solches Zusammentreffen vor, wenn Krankheit und Wochenbett bei derselben weiblichen Person vorliegen oder wenn zu einer bestehenden Krankheit eine neue Krankheit hinzutritt. Hiernach ist eine Häufung von Leistungsgründen in folgender Weise möglich:

1. Krankheit und Tod; 2. Wochenbett und Tod; 3. Wochenbett und Krankheit; 4. mehrere Krankheiten.

II. Krankheit und Tod. Es handelt sich hier um zwei vollständig voneinander unabhängige Leistungsgründe. Während der Krankheit, die, wenn sie zum Tode führt, in der Regel mit Arbeitsunfähigkeit verbunden sein wird, muß die Krankenkasse Krankenhilfe auf die satzungsmäßige Dauer, mindestens aber mit der sich aus § 183 RVO. ergebenden Abweichung auf die Dauer von 26 Wochen gewähren. Bei Eintritt des Todes während der Unterstützungsdauer hört die Leistungspflicht hinsichtlich der Krankenpflege auf, doch wird für den

Digitized by Google

Todestag noch Krankenpflege und Krankengeld voll zu gewähren sein. Während der Anspruch auf Krankenhilfe dem Versicherten selbst zusteht, ist nach § 203 RVO. das Sterbegeld demjenigen zu zahlen, welcher das Begräbnis besorgt hat, und als Besorger des Begräbnisses gilt derjenige, welcher das Begräbnis tatsächlich ausgeführt hat; daß er hierzu von dem Verstorbenen oder seinen Angehörigen den Auftrag zur Ausführung der Bestattung erhalten hat oder mit dem Verstorbenen verwandt gewesen ist, wird nicht verlangt (vgl. RVA. Entsch. vom 27. Oktober 1920,. AmtlNachr. S. 431, ArbVers. 1921 S. 563). Sind die Kosten der Beerdigung geringer, so wird der Überschuß den in § 203 RVO. bezeichneten Personen in der dort angegebenen Reihenfolge ausgezahlt. Sind Kosten durch die Beerdigung überhaupt nicht entstanden, so wird das ganze Sterbegeld den vorbezeichneten Personen ausgezahlt; vgl. RVA. Entsch. vom 1. Februar 1915 (AmtlNachr. S. 432). Da hier zwei verschiedene Forderungsberechtigte vorhanden sind, so können etwa zuviel geleistete Unterstützungen nicht gegenüber der Forderung auf Sterbegeld aufgerechnet werden (§ 223 Abs. 2 RVO.; vgl. Pr. OVG. Entsch. vom 20. Juni 1900, ArbVers. S. 645). Für die Höhe des Sterbegeldes sind die Verhältnisse zur Zeit des Todes maßgebend. Ist der Grundlohn nach der Erkrankung durch die Satzung geändert, so ist dem Sterbegeld der neue Grundlohn zugrunde zu legen; vgl. RVA. Entsch. vom 30. April 1919 (Amtl. Nachr. S. 353).

III. Wochenbett und Tod. An sich können die Leistungen der Wochenhilfe nur einer lebenden Wöchnerin zugewendet werden; daraus folgt, daß die Leistungspflicht der Krankenkassen in dem Augenblick des Todes der Wöchnerin aufhört. Stirbt die Wöchnerin am Tage der Niederkunft, so steht ihr jedenfalls der Entbindungsbeitrag zu. Da an diesem Tage auch das Wochengeld für die ersten vier Wochen vor der Geburt gemäß § 195a Abs. 1 RVO. in der Fassung des Gesetzes über Wochenhilfe und Wochenfürsorge (RGBl. 1920 S. 1065) fällig wird, so muß die Krankenkasse auch diesen Betrag auszahlen, wenn die Wöchnerin am Tage der Entbindung stirbt. Für den Entbindungstag wird in solchem Falle auch das Wochengeld gezahlt, denn eine dreitägige Karenzzeit wie beim Krankengeld besteht hier nicht. Gleichgültig ist es auch, ob der Entbindungstag für die Wöchnerin ein Arbeitstag war, denn abweichend vom Krankengeld wird das Wochengeld für alle Kalendertage einschließlich der Sonn- und Feiertage gezahlt. Tritt der Tod während des Bezugs des Wochengeldes ein, so endeten sowohl nach dem Krankenversicherungsgesetz als auch nach dem Gesetz über Wochenhilfe und Wochenfürsorge vom 26. September 1919 (RGBl. S. 1757) alle Leistungen der Wochenhilfe an diesem Tage. Für das Stillgeld bestand in dieser Hinsicht kein Zweifel, da seine Gewährung eine stillende Mutter voraussetzt. Aber auch das Wochengeld stellt seinem Wesen nach eine Entschädigung für den durch die Arbeitsunfähigkeit bewirkten Lohnausfall dar, verlangt also auch zu seiner Gewährung unbedingt eine lebende Wöchnerin. Daraus folgte, daß die Zahlung des Wochengeldes mit dem Tode der Wöchnerin aufhören mußte und für den über den Todestag hinausgehenden Teil der Bezugsdauer den Erben ein Anspruch auf Wochengeld nicht mehr zustand. Hierin ist durch das Gesetz vom 30. April 1920 (RGBl. S. 833) eine erhebliche Änderung eingetreten, indem im § 195b Abs. 3 folgendes vorgeschrieben ist:

> „Stirbt eine Wöchnerin bei der Entbindung oder während der Zeit der Unterstützungsberechtigung, so werden die noch fälligen Beträge aus der Reichswochenhilfe an denjenigen gezahlt, der für den Unterhalt des Kindes sorgt."

Die Tragweite dieser Vorschrift ist nicht klar erkennbar. Ihre Bedeutung ist eine andere, je nachdem auf den Wortlaut entscheidender Wert gelegt oder auf die Entstehungsgeschichte zurückgegangen wird. Nach dem Wortlaut sollen nur fällige Beträge ausgezahlt werden. Fällig ist ein Betrag nur, wenn die Zahlungspflicht besteht. Das Wochengeld ist aber nur so lange fällig, als

Digitized by Google

die Wöchnerin lebt, während das Stillgeld zu seiner Fälligkeit das Stillen der Mutter voraussetzt. Beide Voraussetzungen fallen mit dem Tode fort. Somit kann von fälligen Beträgen nicht mehr die Rede sein. Die Bedeutung der Neuerung würde also dahin zusammenschrumpfen, daß nur die bis zum Todestag nicht abgehobenen Beträge noch ausgezahlt werden müssen. Das würde aber eine höchst überflüssige Vorschrift sein, weil bis zum Todestage fällige Beträge ohnehin vererblich sind.

Wird auf die Entstehungsgeschichte zurückgegangen, so lautete die Vorschrift in ihrer zuerst beantragten Form folgendermaßen:

„Stirbt eine Wöchnerin bei der Entbindung oder während der Zeit der Unterstützungsberechtigung, so werden Wöchnerinnenunterstützung und Stillgeld, falls das Kind lebt, an den Vater oder an diejenigen Anverwandten gezahlt, die für den Unterhalt des Kindes zu sorgen haben."

Unter Berücksichtigung dieser Fassung kann es nur der Zweck der Vorschrift sein, den einmal gewonnenen Bezug von Wochen- und Stillgeld über den Tod der Wöchnerin hinaus fortsetzen zu lassen, und zwar so lange, als für das Kind gesorgt wird. Da es nicht notwendig ist, daß ein Anverwandter für das Kind sorgt, so hat jeder, welcher für das Kind sorgt, Anspruch auf die fälligen Beträge, also auch z. B. der Armenverband. Der Bezug kann demnach nur endigen, wenn das Kind stirbt. Voraussetzung für die Fortsetzung des Stillgeldes ist aber jedenfalls, daß das Kind bereits von der Verstorbenen gestillt wurde. Im übrigen muß es gezahlt werden, auch wenn das Kind nicht von einer dritten Person gestillt wird. Zahlbar sind die Bezüge nach § 210 RVO. mit dem Ende jeder Kalenderwoche.

Fällig können die Beiträge selbstredend nur werden, wenn ein Anspruch darauf besteht. Da nach § 1545 RVO. Leistungen der Krankenversicherung auf Antrag gewährt werden, so kann ein Bezugsrecht auf die Leistungen der Wochenhilfe nur entstehen, wenn dieser Antrag bei Lebzeiten des Berechtigten gestellt worden ist. Das Reichsversicherungsamt (vgl. Entsch. vom 28. Juni 1915, AmtlNachr. S. 664) hat zwar für das Krankengeld angenommen, daß der Anspruch darauf auch ohne Anmeldung vererblich sei, weil in dringenden Fällen die Kasse die Kosten für ärztliche Behandlung dem Versicherten zu erstatten habe (§ 368 RVO.) und diese daher ungerechtfertigt bereichert werden würde, wenn den Erben die Übernahme dieser Leistungen beim plötzlichen Ableben des anspruchsberechtigten Versicherten zugemutet werden würde. Da der Anspruch auf Krankengeld ein Teil des Anspruchs auf Krankenhilfe sei, so könne er nicht anders behandelt werden als der Anspruch auf Krankenpflege. Allein diese Erwägungen greifen gegenüber der Wochenhilfe, die wie die Invalidenversicherung als Pflichtleistungen nur Barleistungen kennt, nicht Platz, so daß die Grundsätze der Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 12. Juni 1893 (AmtlNachr. I u. A. V. S. 147) zur Anwendung kommen müssen. Danach entsteht der Anspruch und damit seine Vererblichkeit mit der Antragstellung durch den Berechtigten.

IV. Entbindung und Krankheit. Während sonst die Reichsversicherungsordnung auf das Zusammentreffen von Leistungen aus verschiedenen Leistungsgründen keine Rücksicht nimmt, enthält es für das Zusammentreffen von Niederkunft und Krankheit im § 195a Abs. 2 RVO. in der Fassung des Gesetzes über Wochenhilfe und Wochenfürsorge (RGBl. 1920 S. 1069) folgende Vorschrift: „Neben Wochengeld wird Krankengeld nicht gewährt; die Wochen nach der Niederkunft müssen zusammenhängen."

Ein Zusammentreffen von Wochenbett und Krankheit ist auf zweierlei Weise möglich: Entweder wird eine kranke Versicherte entbunden oder eine Wöchnerin wird krank. Für beide Fälle gilt dann die Vorschrift, daß neben Wochengeld Krankengeld nicht gewährt wird. Ist das weibliche Kassenmitglied im Augenblick der Entbindung bereits im Genuß des Krankengeldes, so erhält es statt des Krankengeldes Wochengeld; wird die Wöchnerin krank, so behält sie das Wochengeld für die Bezugsdauer des Wochengeldes.

Digitized by Google

Das ist nicht nur von Wichtigkeit, wenn die Satzung von der Befugnis des § 195 b Abs. 2 RVO. in der Fassung des Gesetzes über Wochenhilfe und Wochenfürsorge (RGBl. 1920 S. 1069) Gebrauch gemacht und das Wochengeld höher bis zum Höchstbetrage von ¾ des Grundlohnes bemessen hat, sondern auch insofern von Bedeutung, als das Wochengeld für alle Kalendertage einschließlich der Sonn- und Festtage und nicht nur, wie das Krankengeld, für Arbeitstage gezahlt wird. Auch die satzungsmäßigen Beschränkungen des Krankengeldes (§ 192 RVO.) gelten für das Wochengeld nicht. Landwirtschaftlich Beschäftigte, die ohne Anspruch auf Barleistungen versichert sind (§§ 420 bis 423 RVO.), haben nach § 425 RVO. in der Fassung des Gesetzes über Wochenhilfe und Wochenfürsorge (RGBl. 1920 S. 1069) Anspruch auf die Barleistungen der Wochenhilfe, erhalten also im Krankheitsfalle während des Wochenbetts kein Krankengeld, wohl aber Wochengeld. Im übrigen werden, da zwei Leistungsgründe vorliegen, sowohl die Leistungen der Wochenhilfe als auch diejenigen der Krankenhilfe gewährt. Die Wöchnerin hat während der Krankheit Anspruch auf Krankenpflege. Der Entbindungsbeitrag ist auch der Wöchnerin zu zahlen, die am Tage der Entbindung krank ist. Wenn die kranke Wöchnerin in der Lage ist, das Kind während der Krankheit weiter zu stillen, so erhält sie selbstredend das Stillgeld. Anlangend die Bezugsdauer des Wochen- und Stillgeldes, so folgt aus der Vorschrift, daß Krankengeld neben Wochengeld nicht gezahlt wird, zugleich, daß die Bezugsdauer beider Versicherungsfälle nebeneinander herläuft. Das folgt aus den Worten „nicht gewährt". Sollte es anders sein, so müßte die Vorschrift dahin lauten, daß während des Bezugs des Wochengeldes der Anspruch auf Krankengeld ruht. Ist bei Beendigung der Bezugsdauer für das Wochengeld die Bezugsdauer für das Krankengeld noch nicht abgelaufen, so wird dieses noch für den Rest seiner Bezugszeit gewährt. Die Bezugsdauer des Wochengeldes wird also auf die Bezugsdauer für das in die Zeit nach der Geburt fallende Krankengeld angerechnet.

Nach § 195a Abs. 1 Nr. 2 RVO. in der Fassung des Gesetzes über Wochenhilfe und Wochenfürsorge (RGBl. 1920 S. 1069) wird das Wochengeld stets für vier Wochen vor und für sechs Wochen nach der Geburt gezahlt, während früher das Wochengeld nur für mindestens sechs Wochen nach der Geburt gezahlt werden mußte. Die Krankenkassen haben es jetzt also nicht mehr in der Hand, die ganze Bezugsdauer des Wochengeldes in die Zeit nach der Geburt zu legen. Infolgedessen tritt auch eine Verlängerung der Bezugsdauer für das Wochengeld für die Zeit nach der Entbindung nicht mehr ein, wenn die Wöchnerin wegen Arbeitsunfähigkeit vor der Niederkunft Krankengeld bezieht (vgl. RVA. Entsch. vom 18. Januar 1915, Amtl. Nachr. S. 429). Der Bezug des Krankengeldes vor der Geburt hat die Wirkung, daß die entsprechende Zahl von Wochen vor der Entbindung auf den Bezug des Wochengeldes vor der Geburt angerechnet wird. Der ganze Anspruch auf das Wochengeld für diese vier Wochen fällt fort, wenn das Krankengeld ebenso hoch ist wie das Wochengeld und für alle Kalendertage gezahlt wird. Ist der Anspruch auf Wochengeld höher, so wird dem Versicherten jedenfalls der Unterschied für die vier Wochen zu zahlen sein.

Keine Bedeutung hat die Vorschrift für den Fall, daß die Geburt nicht regelmäßig verläuft, so daß sie als Krankheit angesehen werden muß. In einem solchen Falle handelt es sich immer nur um einen Leistungsgrund, nämlich um Krankheit, so daß die Gewährung von Leistungen der Wochenhilfe nicht in Frage kommt.

Auf Seite 52 des laufenden Jahrgangs dieser Zeitschrift ist eine Entscheidung des Oberversicherungsamts Leipzig vom 13. November 1920 zum Abdruck gebracht, durch die im Falle einer regelwidrigen Geburt eine Kasse verurteilt worden ist, neben Krankenpflege auch den Entbindungsbeitrag zu gewähren. In einer Anmerkung hierzu wird

Digitized by Google

diese Entscheidung als mehr wie selbstverständlich bezeichnet und meine in der Zeitschrift „Die Landkrankenkasse" wiederholt zum Ausdruck gebrachte Auffassung als abwegig hingestellt. Diese geht dahin, daß in dem Augenblicke, in dem eine Entbindung anormal verläuft, also eine Krankheit wird — eine Zangengeburt ist meines Erachtens allerdings keine Krankheit —, die Krankenkassen nicht die Leistungen der Wochenhilfe, sondern nur die Leistungen der Krankenhilfe zu gewähren haben, so daß die Zahlung des Entbindungsbeitrags und des Stillgeldes nicht in Frage kommt. Dem wird entgegengehalten, daß in Fällen des regelwidrigen Verlaufs der Entbindung ein doppelter Versicherungsfall vorliege, der die Krankenkassen nötige, sowohl die Leistungen der Krankenhilfe als auch diejenigen der Wochenhilfe nebeneinander zu gewähren.

Solange die Krankenkassen den Wöchnerinnen als Leistung der Wochenhilfe nur Wochengeld zu zahlen hatten, spielte die Frage nach der Leistungspflicht der Krankenkassen beim Zusammentreffen von Krankheit und Niederkunft keine erhebliche Rolle, da nach der ausdrücklichen Vorschrift des Krankenversicherungsgesetzes und der Reichsversicherungsordnung neben Krankengeld Wochengeld nicht gewährt wird. Erst seitdem durch § 8 der Bekanntmachung des Reichskanzlers, betr. Wochenhilfe während des Krieges vom 3. Dezember 1914 (RGBl. S. 492), auch der Entbindungsbeitrag und das Stillgeld Pflichtleistungen der Wochenhilfe geworden sind, hat die Frage nach der Leistungspflicht der Krankenkassen in Fällen regelwidriger Geburt eine erhöhte Bedeutung gewonnen. Hauptsächlich handelt es sich hierbei um die Verpflichtung zur Zahlung des Entbindungsbeitrags; die Gewährung des Stillgeldes spielt im Hinblick darauf, daß anormal entbundene Personen meist nicht in der Lage sind, das Kind selbst zu stillen oder weil bei regelwidrigen Entbindungen die Mutter oder das Kind oder auch beide zu sterben pflegen, keine erhebliche Rolle. Wird die Verpflichtung zur Zahlung des Entbindungsbeitrags bei regelwidriger Niederkunft angenommen, so ergibt sich für die Krankenkassen die Verpflichtung, alle Leistungen im Rahmen der Krankenpflege zu gewähren und außerdem der Wöchnerin für die selbständige Beschaffung von ärztlicher Behandlung, Arznei und Hebammendiensten eine Beihilfe von 50 M. zu zahlen. Denn daß der Entbindungsbeitrag nicht nur für die Hebamme, sondern auch für die Bezahlung der etwa erforderlichen ärztlichen Geburtshilfe und der Arznei bestimmt ist, ergibt sich ganz klar aus dem Wortlaut des § 195 c RVO. in der Fassung des Gesetzes über Wochenhilfe und Wochenfürsorge (RGBl. 1920 S. 1069) und wird auch von keiner Seite bestritten. Die Verpflichtung der Krankenkassen neben der Gewährung der Leistungen der Krankenpflege, zu denen gemäß § 122 RVO. auch die Hebammendienste gehören, noch Beihilfen zu Ausgaben zu gewähren, die die Berechtigten gar nicht machen können, erscheint geradezu widersinnig und jeder vernünftigen Begründung entbehrend. Dies um so mehr, als die Krankenkassen nicht etwa den Entbindungsbeitrag nach Maßgabe der nachgewiesenen Aufwendungen, sondern im Augenblick der Entbindung ohne Rücksicht darauf zu zahlen haben, ob eine Hebamme oder ein Arzt zugezogen wird oder ob durch die Beschaffung von Arzneien und Heilmitteln Unkosten entstehen. Sie sind daher nicht in der Lage, die Zahlung des Entbindungsbeitrags mit der Begründung, daß sie die notwendigen Leistungen bereits in Natur gewährt haben, abzulehnen.

Die Frage bedarf dringend einer Klärung im Gesetz, aus der jetzigen Fassung der gesetzlichen Vorschriften kann sie keineswegs einwandfrei beantwortet werden.

Auffallend ist übrigens noch in der erwähnten Entscheidung die Annahme, daß eine Entbindung deshalb als Krankheit bezeichnet werden müsse, weil durch ihren anormalen Verlauf Leib und Leben der Wöchnerin gefährdet werde. Die Unhaltbarkeit dieser Begriffsbestimmung ergibt sich aus der naheliegenden Erwägung, daß jede Entbindung

Digitized by Google

in gewissem Umfange eine Gefährdung des Leibes und Lebens der Wöchnerin bedeutet. Mit dieser Art von Begriffsbestimmung ist trotz der Zustimmung der Schriftleitung nichts anzufangen.

V. Mehrere Krankheiten. An sich haben die Versicherten Anspruch auf die satzungsmäßigen Leistungen der Krankenhilfe bei jedem Eintritt einer Krankheit, und zwar entsteht der Anspruch auf die Leistungen seinem ganzen Umfange nach im Augenblick der Erkrankung. Treffen bei demselben Mitgliede mehrere Krankheiten zusammen, so ist zu unterscheiden, ob die neue Krankheit während des Bezugs der Krankenunterstützung oder nach Ablauf der Unterstützungsdauer hinzutritt. Während es sich bei fortlaufender Unterstützung nur um den Hinzutritt einer neuen Krankheit handeln kann, ist es für die Leistungspflicht der Kasse nach Ablauf der Unterstützungsdauer von ausschlaggebender Bedeutung, ob die hinzugetretene Krankheit die gleiche ist wie diejenige, für welche die Unterstützung geleistet wurde, oder ob sie sich als eine völlig neue Krankheit darstellt. Tritt während des Bestehens einer Krankheit und des Bezugs der Krankenhilfe eine neue Krankheit hinzu, so ist das Rechtsverhältnis einfacher Natur. Wird davon ausgegangen, daß die Krankheit ein anormaler körperlicher oder geistiger Zustand ist, der die Notwendigkeit einer Heilbehandlung oder die Erwerbsunfähigkeit zur Folge hat, so ergibt sich von selbst, daß durch den Hinzutritt einer Krankheit während bestehender Krankheit nur dann eine Änderung in der Art der Leistungen eintritt, wenn die schwebende Krankheit nur den Anspruch auf Krankenpflege begründet, die neue aber mit Arbeitsunfähigkeit verbunden ist. Tritt zu der Krankheit ohne Arbeitsunfähigkeit eine neue Krankheit ohne Arbeitsunfähigkeit, so besteht immer nur der Anspruch auf Krankenpflege, der nach Art der hinzukommenden Krankheit zwar eine andere Form oder einen größeren Umfang annehmen kann, jedenfalls den Anspruch auf ärztliche Hilfe und Arznei von neuem begründet. Da aber der Anspruch auf Krankenpflege überhaupt in der Notwendigkeit der Heilbehandlung seine Grenze findet, so kann auch der mit der neuen Erkrankung gesteigerte Anspruch auf Krankenpflege als Beginn einer neuen Krankheit nicht angesehen werden. Demnach wird auch die Unterstützungsdauer nicht in der Weise verlängert, daß nunmehr von dem Eintritt der neuen Krankheit an eine neue selbständige Unterstützungsdauer gerechnet wird. Der Hinzutritt der Krankheit hat vielmehr nur die Wirkung, daß die Unterstützungsdauer nach Fortfall der ersten Krankheit weiterläuft, nötigenfalls bis zum Ablauf der 26. Woche oder der durch die Satzung bestimmten Unterstützungsdauer. Die beiden Krankheiten stellen eine einheitliche Krankheit dar. Ein Versicherter, der eine leichte Beinverletzung hat und sich eine, die Arbeitsunfähigkeit nicht beeinträchtigende Erkältung zuzieht, ist nur einmal krank.

Ebenso verhält es sich, wenn ein durch Krankheit arbeitsunfähig gewordener Versicherter während des Bezugs der Krankenhilfe von einer weiteren, die Arbeitsunfähigkeit bedingenden Krankheit befallen wird. Tritt zu einer Lungenentzündung ein Beinbruch hinzu, so liegt nur eine einheitliche, mit Arbeitsunfähigkeit verbundene Krankheit vor, die auch vom versicherungstechnischen Standpunkt aus nur einen Unterstützungsanspruch begründet. Die durch die erste Krankheit bedingte Unterstützungsdauer wird zwar durch die neue Krankheit verlängert, endet aber, sobald die satzungsmäßige Dauer der Unterstützung erschöpft ist, also mit der 26. Woche nach Beginn der ersten Krankheit (vgl. Pr. OVG. Entsch. vom 9. Juli 1902, Bd. 42 S. 308). Ist die bestehende Krankheit nicht mit Arbeitsunfähigkeit verbunden, wohl aber die neu hinzutretende, so wird von dem Zeitpunkt des Hinzutretens ab der Anspruch auf Krankengeld begründet (§ 182 Nr. 2 RVO.). Gleichzeitig tritt aber eine Verlängerung der Unterstützungsdauer in der Weise ein, daß von dem Eintritt der Arbeitsunfähigkeit ab die Krankenhilfe wieder auf 26 oder für die durch die Satzung etwa verlängerte

Digitized by Google

Unterstützungsdauer gewährt wird. Ist alsdann Krankengeld über die 26. Woche nach Beginn der ersten Krankheit zu zahlen, so endet mit dem Fortfall des Krankengeldes auch der Anspruch auf Krankenpflege (§ 183 Abs. 2 RVO.). Bei einer Unterstützungsdauer von 26 Wochen wird auf diese Weise die Dauer der ganzen Krankenhilfe bis in die 52. Woche hinein verlängert. Ihre Höchstdauer beträgt dann 51 Wochen und 6 Tage nach dem Tage der Erkrankung (vgl. Pr. OVG. Entsch. vom 22. Juni 1896, Bd. 30 S. 353). Ist durch den späteren Eintritt der Arbeitsunfähigkeit die Unterstützungsdauer über die 26. Woche oder über die satzungsmäßig verlängerte Unterstützungsdauer hinaus einmal verlängert worden, so ist es gleichgültig, daß beim Ablauf der ersten 26 Wochen oder der ursprünglichen satzungsmäßigen Unterstützungsdauer die Arbeitsunfähigkeit fortgefallen ist. Es wird alsdann noch Krankenpflege für 26 Wochen oder für die durch die Satzung verlängerte Unterstützungsdauer vom Zeitpunkt des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit ab, und wenn dann in dieser verlängerten Frist abermals Arbeitsunfähigkeit eintritt, auch wieder Krankengeld mit der Maßgabe gewährt, daß beim Fortfall der Arbeitsunfähigkeit und des Krankengeldes alsdann auch die Krankenpflege aufhört (§ 183 Abs. 2 RVO.). Verlängert die Satzung die Unterstützungsdauer über den gesetzlichen Mindestbetrag von 26 Wochen hinaus, so kann sie für die verlängerte Zeit nur Krankenpflege oder nur Krankengeld zubilligen, weil es sich um eine Mehrleistung handelt, deren Bemessung innerhalb des gesetzlichen Rahmens in das freie Ermessen der Kasse gestellt ist (vgl. RVA. Entsch. vom 12. Januar und 1. Februar 1918, AmtlNachr. S. 306, 304, 305). Es muß dabei aber der durch den späteren Eintritt der Arbeitsunfähigkeit entstehende Anspruch auf Krankenpflege und Krankengeld über die 26. Woche hinaus voll befriedigt werden.

Während nach dem Krankenversicherungsgesetz die Zeit der Krankenhilfe überhaupt wie auch der im Falle späteren Eintritts der Arbeitsunfähigkeit sich verlängernde Zeitraum der Unterstützungsdauer ein Zeitraum von einer Reihe ununterbrochen zusammenhängender Wochen war (vgl. Pr. OVG. vom 22. Juni 1896, Bd. 30 S. 350), wird jetzt in § 183 Abs. 1 Satz 2 RVO. folgendes vorgeschrieben:

> „Fällt in den Krankengeldbezug eine Zeit, in der nur Krankenpflege gewährt wird, so wird diese Zeit auf die Dauer des Krankengeldbezugs bis zu 13 Wochen nicht angerechnet."

Hiernach kann sich also die höchstmögliche Unterstützungsdauer von 51 Wochen und 6 Tagen noch um weitere 13 Wochen verlängern. Die Zeit der Unterbrechung braucht nicht zusammenzuhängen, Voraussetzung für diese Verlängerung ist aber, daß mit dem Zeitpunkt, mit dem sonst die Unterstützungspflicht der Kasse nach Gesetz oder Satzung ablaufen würde, Arbeitsunfähigkeit besteht; vgl. RVA. Entsch. vom 21. Dezember 1915 (Amtl. Nachr. 1916 S. 514).

Mit Ablauf der Unterstützungsdauer fällt die Pflicht zur Gewährung der Krankenhilfe für diese Krankheit fort, und zwar gilt dies auch dann, wenn sich die Krankheit nach Ablauf der Unterstützungsdauer so verschlimmert, daß Arbeitsunfähigkeit eintritt (vgl. RVA. Entsch. vom 14. November 1914, AmtlNachr. S. 817). Erkrankt aber der Versicherte nach Ablauf der Unterstützungsdauer an einer neuen Krankheit, die mit der früheren Krankheit in keinem Zusammenhange steht, so entsteht der Unterstützungsanspruch wieder in vollem Umfange. Die Entscheidung der Frage, ob die auftretende Krankheit eine neue Krankheit oder die Fortsetzung der früheren Krankheit ist, bietet namentlich dann, wenn die neue Krankheit äußerlich in einer von der früheren Krankheit verschiedenen Form auftritt, Schwierigkeiten. Bei chronischen Leiden ist eine neue Krankheit dann anzunehmen, wenn zwischen der Beendigung der Krankheit, d. h. nachdem die Notwendigkeit der ärztlichen Behandlung fortgefallen oder die durch den anormalen pathologischen Zustand herbeigeführte Arbeitsunfähigkeit aufgehört hat, und der neuen Erkrankung ein wenn auch nur kurzer

Digitized by Google

Zwischenraum liegt, in dem weder eine Heilbehandlung notwendig war, noch eine Arbeitsunfähigkeit bestanden hat. Zur Annahme des Erfordernisses der Heilbehandlung reicht nicht das Vorhandensein eines bestimmten (chronischen) Leidens im medizinischen Sinne aus, vielmehr setzt die Heilbehandlungsbedürftigkeit einen krankhaften Körper- oder Geisteszustand voraus, bei dem ohne die Fortdauer ärztlicher oder arzneilicher Versorgung eine Besserung des Leidens ausgeschlossen oder dessen Verschlimmerung zu erwarten ist (vgl. RVA. Entsch. vom 18. März 1920 AmtlNachr. S. 319). Wenn ein Versicherter, nachdem er die Arbeit während drei Wochen wieder aufgenommen hat, an demselben Leiden wieder erkrankt, so genügt die Feststellung der Tatsache, daß nicht ein bloßer Arbeitsversuch, sondern ein wirkliches Arbeitsverhältnis vorgelegen hat, noch nicht zur Annahme einer neuen Krankheit, vielmehr bedarf es dazu noch der Feststellung, daß vor der Wiedererkrankung eine Zeit gelegen hat, in der weder ärztliche Behandlung noch die Anwendung von Heilmitteln erforderlich war, noch Arbeitsunfähigkeit bestand (vgl. Pr. OVG. vom 8. April 1907, Bd. 50 S. 406, vom 19. November 1898 in ArbVers. 1899 S. 187 und vom 7. Januar 1901 in ArbVers. S. 279). Hinsichtlich der Arbeitsleistung muß, da selbst bei Arbeitsunfähigkeit gearbeitet werden kann, festgestellt werden, daß der Versicherte nach seinem Krankheitszustande zur Arbeit objektiv befähigt war, daß er also nicht auf die Gefahr der Verschlimmerung seiner Krankheit hin gearbeitet hat.

Liegt eine neue Krankheit vor, so tritt eine erhebliche Beschränkung des Unterstützungsanspruchs ein, wenn die Krankheit auf derselben Krankheitsursache wie die frühere beruht, vorausgesetzt, daß die Satzung von der Befugnis des § 188 RVO. Gebrauch gemacht hat und bestimmt, daß Kassenmitglieder, die auf Grund der RVO. oder aus einer knappschaftlichen Krankenkasse oder aus einer Ersatzkasse binnen 12 Monaten bereits für 26 Wochen hintereinander oder insgesamt Krankengeld oder Ersatzleistungen dafür bezogen haben in einem neuen durch dieselbe nicht gehobene Krankheitsursache veranlaßten Versicherungsfalle, der im Laufe der nächsten 12 Monate eintritt, die Krankenhilfe nur in Höhe der Regelleistungen und nur auf die Gesamtdauer von 13 Wochen zu beanspruchen haben. Dafür, ob die neue Krankheit tatsächlich auf der gleichen, nicht gehobenen Krankheitsursache beruht, ist die Auffassung des Arztes maßgebend. Sowohl das Verhalten des Versicherten als auch die äußere Erscheinung der Krankheit ist nicht von ausschlaggebender Bedeutung (vgl. Pr. OVG. Entsch. v. 10. Oktober 1888, Bd. 18 S. 355).

Da Arbeitsunfähigkeit weder der Fortsetzung der eingegangenen freiwilligen Versicherung noch der Fortsetzung der Zwangsversicherung im Wege der Weiterversicherung entgegensteht, so kann, wenn ein solcher Versicherter an einer mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen Krankheit erkrankt, die Frage entstehen, ob er Anspruch auf Krankengeld hat. Das Reichsversicherungsamt (vgl. Entsch. vom 18. März 1920, AmtlNachr. S. 319) hat sich dahin ausgesprochen, daß solchen Personen ein Anspruch auf Krankengeld nicht zusteht. Wenn das Gesetz die Gewährung des Krankengeldes davon abhängig mache, daß die Krankheit den Versicherten arbeitsunfähig mache, so setze dieses voraus, daß bis zu der Erkrankung Arbeitsfähigkeit, wenn auch nur in geringem Grade, bestanden haben müsse. Diese Voraussetzung sei bei einem völlig Arbeitsunfähigen nicht gegeben. Er könne durch das Hinzutreten einer Krankheit nicht noch einmal arbeitsunfähig werden, es fehle somit in seiner Person die Erfüllung der Bedingung, an die das Gesetz den Anspruch auf Krankengeld knüpfe. Daraus, daß auch den völlig Arbeitsunfähigen die Weiterversicherung nicht versagt sei, lasse sich nicht ohne weiteres entnehmen, daß sie auf alle Kassenleistungen Anspruch haben sollten. Auch sie müßten die hierfür aufgestellten Bedingungen erfüllen. Da das Krankengeld aber nur gewährt werde, wenn die Arbeitsunfähigkeit durch Krankheit herbeigeführt sei und diese

Digitized by Google

Voraussetzungen bei einem bereits völlig arbeitsunfähigen Versicherten nicht zuträfen, so stehe ihm auch ein Anspruch auf Krankengeld nicht zu. Dieser sich aus dem klaren Wortlaut des § 182 RVO. ergebenden Folgerung noch an anderer Stelle besonderen Ausdruck zu geben, habe für die Gesetzgeber kein Anlaß vorgelegen; sie entspreche auch dem Zweck, dem die Zubilligung des Krankengeldes diene. Es möge zwar zutreffen, daß der Anspruch auf Krankengeld an sich unabhängig davon sei, ob und wieweit nach gesetzlicher Vorschrift oder besonderer Vereinbarung dem Kassenmitglied bei Erkrankung und Arbeitsunfähigkeit sein Gehalt oder Lohn weitergezahlt werde, auch daß einem Erwerbslosen unter Umständen bei Erkrankung Krankengeld zusteht. Diese Ausnahmen änderten aber nichts an dem eigentlichen Zwecke des Krankengeldes, einen Ersatz für den entgehenden Arbeitsverdienst zu bieten. Es solle dem Versicherten einen teilweisen Ausgleich dafür gewähren, daß ihm durch den Wegfall seiner Arbeitsfähigkeit die Möglichkeit einer lohnbringenden Beschäftigung genommen sei. Bei einem völlig arbeitsunfähigen Versicherten liege ein Grund zu einem solchen Ausgleiche nicht vor. Es möge richtig sein, daß die Beantwortung der Frage, ob ein Versicherter bereits vor seiner Erkrankung völlig arbeitsunfähig gewesen sei, unter Umständen mit Schwierigkeiten verknüpft sein könne, diese Erwägung dürfe aber nicht dazu führen, das Krankengeld unterschiedslos zu gewähren. Das Gesetz knüpfe gerade die Zubilligung des Krankengeldes an besondere Vorbedingungen. Ob diese erfüllt seien, sei eine tatsächliche Frage und in jedem Falle zu prüfen. Die Gewährung des Krankengeldes an ohnehin Arbeitsunfähige, lasse sich auch nicht aus Gründen der Billigkeit rechtfertigen. Da es sich um freiwillig Versicherte handle, die jederzeit das Versicherungsverhältnis lösen könnten, so erscheine es hinreichend, wenn ihnen für neue Unterstützungsfälle der wichtige Anspruch auf Krankenpflege bleibe.

Gegenüber dem Krankenversicherungsgesetz ist die Befugnis der Krankenkassen zur Beschränkung der Kassenleistungen gegenüber chronisch Kranken in doppelter Beziehung geändert worden. Sie ist insofern erweitert worden, als nicht nur die Kasse, welche den Versicherten selbst ausgesteuert hat, bei neuer Erkrankung auf der gleichen, nicht behobenen Krankheitsursache die Leistungen kürzen kann, sondern jede Kasse, wenn der Versicherte überhaupt während 12 Monaten für 26 Wochen Krankenunterstützung erhalten hat ohne Rücksicht darauf, daß an der Gewährung der Unterstützung mehrere Kassen beteiligt sind. Eingeschränkt ist die Befugnis insofern, als nicht mehr die Gewährung der Krankenpflege, sondern der Bezug des Krankengeldes oder der Ersatzleistungen dafür während des angegebenen Zeitraums und in der vorgesehenen Dauer verlangt wird. Es kommen namentlich die Gewährung von Krankenhauspflege als Ersatzleistung für das Krankengeld in Betracht, und zwar auch in Fällen, in denen die Krankenhauspflege nur an die Stelle der Krankenpflege tritt, weil ein Anspruch auf Krankengeld nicht besteht. Die Forderung, daß während der 26 Wochen nicht nur Krankenpflege, sondern auch Krankengeld bezogen sein muß, bedeutet eine wesentliche Einschränkung der Befugnis zur Kürzung der Kassenleistungen bei chronisch Kranken. Bei Krankheiten, die nach Ablauf der 12 Monate eintreten, kann von einer Beschränkung des Unterstützungsanspruchs nicht mehr die Rede sein. Auch wenn es sich um eine chronische Krankheit handelt, muß die Kasse in vollem Umfange so leisten, als wenn eine Krankheit früher nicht bestanden hat (vgl. Pr. OVG. Entsch. vom 5. Mai 1904, Bd. 45 S. 361).

Digitized by Google

Die Feststellung der Erwerbsunfähigkeit und die Bescheiderteilung bei den Versorgungsämtern.

Von Wirth, Kommissar beim Versorgungsamt in Weißenfels.

Im Heft 16 der „Arbeiter-Versorgung" vom 1. Juni 1920 S. 306 ist ein Artikel enthalten „Kritische Bemerkungen zum Verfahren der Rentenfestsetzung für Militärversorgungsberechtigte", der mir erst jetzt durch einen Hinweis in den AmtlNachr. des RArb. Min. 1920 Heft 48 bekannt wird. Der Herr Verfasser rügt darin ein mangelhaftes Verfahren bei der Feststellung der Erwerbsunfähigkeit und bei der Bescheiderteilung. Die Ausführungen gipfeln in der Forderung, bei der Neuregelung des Militärversorgungswesens dem Verwaltungsverfahren in der Feststellung der Erwerbsunfähigkeit und bei der Bescheiderteilung anderen Inhalt und andere Form zu geben.

Wenn in den dem Herrn Verfasser bekannt gewordenen Fällen in der zu den „Kritischen Bemerkungen" Anlaß gebenden Weise verfahren ist, so werden dabei wahrscheinlich zwingende Gründe mitgesprochen haben; in den zur Zeit gültigen Vorschriften ist dies Verfahren jedoch nicht begründet. Ohne auf die Ausführungen des Herrn Verfassers im einzelnen antworten zu wollen, möchte ich sie zum Ausgangspunkt machen für den Nachweis, daß die bisherigen Bestimmungen für die Feststellung der Erwerbsbeschränkung und für die Bescheiderteilung bereits die richtigen Wege weisen, und daß es zu einer sachgemäßen Bearbeitung neuer grundlegender Bestimmungen nicht bedarf.

I.

Grundlegend für das Verfahren zur Feststellung der Erwerbsbeschränkung ist die Pensionierungsvorschrift (PV.) von 1912, die in ihrem Hauptteil bestimmt war, den Dienst der Rentenabteilung der früheren Bezirkskommandos zu regeln. Wie erfolgte danach die Feststellung der Erwerbsbeschränkung bei den früheren Bezirkskommandos?

In der Pensionierungsvorschrift wird den Ermittlungen nach der tatsächlichen Erwerbsbeschränkung, wie sie sich im Erwerbsleben des Beschädigten darstellt, der größte Wert beigemessen. Diese Ermittlungen sollen stattfinden sowohl bei Neuanträgen auf Rentenversorgung (PV. 54, 6) wie auch bei Anträgen auf Erhöhung der Rente und bei den von Amts wegen vorzunehmenden Nachprüfungen der Erwerbsbeschränkung, dem früheren Prüfungsgeschäft (PV. 68, 1).

Bei schwierig liegenden Fällen sowie auch bei den im eigenen Betriebe tätigen Personen empfiehlt die Pensionierungsvorschrift als zweckmäßig, schon monatelang vor der Nachprüfung eine dauernde unauffällige Beobachtung eintreten zu lassen, damit hieraus wie auch aus den übrigen Ermittlungen, ein für das Erwerbsleben des Betreffenden klares, seine Angaben vervollständigendes und berichtigendes Bild gewonnen wird (PV. 68, 13 und 14). Über die Zweckmäßigkeit und Durchführbarkeit einer solchen dauernden und unauffälligen Beobachtung in jetziger Zeit kann man geteilter Meinung sein, man sieht aber auch aus dieser Bestimmung, einen wie großen Wert die Pensionierungsvorschrift auf die Feststellung der tatsächlichen Erwerbsbeschränkung legt.

In Pensionierungsvorschrift 68, 16 heißt es: „Der Bezirkskommandeur hat auf die eingehendste Feststellung um so mehr Wert zu legen, als er beim Prüfungsgeschäft über den Grad der Erwerbsunfähigkeit eine selbständige, von der ärztlichen Beurteilung unabhängige Erklärung abzugeben hat." Sowohl bei Neuanträgen (PV. 58, 1) wie bei Nachprüfungen hatte der Bezirkskommandeur der ärztlichen Untersuchung in jedem Falle beizuwohnen. Seine von der ärztlichen Beurteilung unabhängige Erklärung über die Erwerbsunfähigkeit stützte er auf das Ergebnis der Ermittlungen und auf seine eigenen Feststellungen durch Befragen des Be-

Digitized by Google

schädigten gelegentlich der ärztlichen Untersuchung. Die Entscheidung über den Grad der Erwerbsbeschränkung lag beim Generalkommando, dem hierzu das Gutachten des Arztes und das Urteil des Bezirkskommandeurs zur Verfügung standen.

So ist das Verfahren, wie es vor dem Kriege angewandt wurde, und wie es sich bei der verhältnismäßig geringen Zahl der Rentenempfänger in einem Bezirk auch unschwer durchführen ließ.

Die Pensionierungsvorschrift ist auch heute noch für die Versorgungsbehörden gültig, wenigstens soweit es sich um das Verfahren zur Feststellung der Erwerbsunfähigkeit handelt. Sie enthält hierfür Richtlinien, die sich unter Anpassung an die veränderten Verhältnisse auch heute noch anwenden lassen und angewandt werden müssen.

Die Pensionierungsvorschrift schreibt also vor: 1. Ermittlungen nach der tatsächlichen Erwerbsbeschränkung, 2. persönliche Fühlungnahme des Versorgungsbeamten (Bezirkskommandeurs) mit dem Beschädigten, um die Ermittlungen zu vervollständigen und ein selbständiges Urteil abgeben zu können, das zusammen mit dem ärztlichen Gutachten die Grundlage für die Entscheidung geben soll. Nachdem nunmehr die Entscheidung im Verwaltungsverfahren den Versorgungsämtern übertragen ist, wird der bearbeitende Versorgungsbeamte in den meisten Fällen auch gleichzeitig der Entscheidende sein.

Der Herr Verfasser der „Kritischen Bemerkungen" möchte den Hauptwert gelegt wissen auf die mündliche Verhandlung mit dem Beschädigten selbst, wie es in der Regel bei den Militärversorgungsgerichten geschieht. Ich möchte vielmehr, wie es auch die PV. tut, den Hauptwert auf die der mündlichen Verhandlung vorausgehenden Ermittlungen nach der tatsächlichen Erwerbsbeschränkung legen. Denn durch die Ermittlungen wird man in den meisten Fällen ein klares, der Wahrheit näherkommendes Bild von dem Einfluß der Dienstbeschädigung auf die Berufstätigkeit bekommen, als allein durch die Aussage des Beschädigten. Die mündliche Verhandlung des entscheidenden Beamten möchte ich jedoch abweichend von der PV. aus später zu erörternden Gründen nur auf besonders geartete Fälle beschränken.

Die Ermittlungen zur Feststellung der Erwerbsbeschränkung werden sich u. a. erstrecken auf die Berufstätigkeit im allgemeinen und ob Berufswechsel infolge der Beschädigung notwendig war und ein weniger einträglicher Beruf ergriffen werden mußte; auf die Arbeits-, Erwerbs- und sonstigen Verhältnisse des Antragstellers soweit sie zur Beurteilung der Erwerbsfähigkeit notwendig sind; ob und in welcher Weise der Betreffende durch die Dienstbeschädigung behindert wird und in welcher Weise etwaige Schmerzen oder seelische Begleiterscheinungen auf die berufliche Tätigkeit einwirken; ob er weniger leistet als ein gesunder Mensch in gleicher Tätigkeit oder ob er besondere Tatkraft aufwenden muß, um dasselbe zu leisten; ob er sich nur durch besondere Aufwendungen arbeitsfähig erhalten kann; etwaige Arbeitsunterbrechungen und ihre Ursache; etwaige Erkrankungen u. dgl., wozu PV. 68 neben den Ausführungsbestimmungen zum RVG. § 25 als Anhalt dienen kann. Die Ermittlungen werden sich nach Lage des einzelnen Falles auf ganz verschiedene Fragen erstrecken müssen und in manchen Fällen auch ganz entbehrlich sein.

Besonders eingehende Ermittlungen sind bei solchen Leiden geboten, deren Einwirkung auf die Erwerbstätigkeit sich durch eine einmalige ärztliche Untersuchung nur schwer feststellen läßt z. B. Epilepsie, Rheumatismus, Malaria (PV. 68, 6). Eingehende Ermittlungen können in solchen Fällen oftmals besondere fachärztliche Untersuchungen und Lazarettbeobachtungen ersparen, die für den Beschädigten Zeitverlust und für die Behörde Kosten verursachen.

Die Ermittlungen sind zweckmäßig anzustellen bei dem Arbeitgeber bzw. der Anstellungsbehörde, bei der Ortsbehörde, den Krankenkassen und vor allem auch bei den amtlichen Fürsorgestellen, wovon ich mir aber erst dann den größten Nutzen verspreche,

Digitized by Google

wenn sämtliche Fürsorgestellen einmal so weit sind, daß sie in jedem Ort einen Vertrauensmann haben, der wirklich unparteiisch berichtet. Bedenklich bei diesen Ermittlungen ist ja, daß die Auskünfte nicht immer unbefangen und sachgemäß abgegeben werden, und sie müssen deshalb stets auf ihre Glaubwürdigkeit geprüft werden. Bedenken dieser Art aber lassen sich vermindern, wenn man von der den Versorgungsämtern eingeräumten Befugnis, eidesstattliche Erklärungen entgegenzunehmen, dort, wo es notwendig erscheint, Gebrauch macht. Auch ohne sie hat man hier schon in vielen Fällen durchaus zutreffende Auskünfte erhalten.

Die Bearbeitung der Versorgungsanträge in dieser Richtung erfordert natürlich eine erhebliche Arbeit, die nur mit gut eingearbeitetem und zu selbständiger Arbeit fähigem Personal ohne Schwierigkeiten zu leisten ist. Eine erschöpfende Behandlung ist aber um so mehr notwendig, als ja das Versorgungsamt die einzige entscheidende Instanz im Verwaltungsverfahren ist und es eine Einspruchsmöglichkeit gegen Bescheide nicht mehr gibt.

Die Ermittlungen wird der untersuchende Arzt vor der Untersuchung noch erforderlichenfalls ergänzen durch Feststellungen über die Gesundheitsverhältnisse des Antragstellers und unter Umständen privatärztliche Zeugnisse einfordern. Das Ergebnis aller dieser Ermittlungen wird er bei seinem Gutachten berücksichtigen. Das entscheidende Urteil fällt aber nicht der Arzt, sondern der Versorgungsbeamte. Maßgebend hierfür dürfte außer der PV. wohl sein das Rundschreiben des Reichsversicherungsamts vom 31. Dezember 1901, AmtlNachr. 1902 S. 178: „Die Frage der Erwerbsbeschränkung ist keine rein ärztliche; sie unterliegt der Entscheidung der Versorgungsbehörde, die das Gutachten des Arztes als wesentliche Unterlage für die Entscheidung verwendet."

Darf nun die Entscheidung auf Grund der Akten getroffen werden oder muß der entscheidende Beamte den Antragsteller selbst sehen und hören, wie es die „Kritischen Bemerkungen" in jedem Falle fordern? Aus theoretischen Erwägungen muß die Frage im letzteren Sinne beantwortet werden, allein schon, um den Vorwurf zu vermeiden, daß die Entscheidung am grünen Tisch getroffen wird. In der Praxis aber wird sich herausstellen, daß in vielen Fällen, vielleicht sogar in den meisten, das Urteil des entscheidenden Beamten mit dem des Arztes übereinstimmen wird und übereinstimmen muß, je mehr der Arzt sich frei macht von der rein medizinischen Beurteilung des Falles. Mir selbst ist es innerhalb eines halben Jahres nur ganz selten vorgekommen, daß mein Urteil von dem des Arztes abwich. In den wenigen Fällen, wo Meinungsverschiedenheiten auftraten, wurden sie nach kurzem Meinungsaustausch beseitigt.

Um die persönliche Begutachtung durch den entscheidenden Beamten nicht als leere Form erscheinen zu lassen, wird es sich deshalb in der Praxis empfehlen, in Fällen, die nach Art des Leidens und dem Ergebnis der Ermittlungen klar liegen, von dieser Begutachtung Abstand zu nehmen und sie nur auf voraussichtlich schwierige Fälle zu beschränken oder auf solche, wo eine Ermittlung nicht möglich oder ihr Ergebnis offenbar falsch oder lückenhaft ist, so daß das Gutachten des Arztes die einzige Unterlage zur Entscheidung für den Beamten bilden würde. Keinesfalls aber braucht der entscheidende Beamte, wie es PV. Ziff. 58 vorsieht, der ärztlichen Untersuchung beizuwohnen; denn es würde wohl nur in seltenen Fällen praktischen Wert haben, ganz abgesehen davon, daß auch die Zeit dazu für den Beamten nicht vorhanden ist. Es wird genügen, wenn er den Beschädigten in Fällen, wo es nach vorstehendem nötig ist, im Beisein des Arztes am Schluß der Untersuchung sieht und sich hierbei auf Grund der Ermittlungen, der mündlichen Angaben des Untersuchten und des ärztlichen Gutachtens sein Urteil über die Folgen der Dienstbeschädigung für die Erwerbsfähigkeit bildet. Falls die körperlichen Anstrengungen, welche für den Beruf in Betracht kommen, nicht genügend bekannt sind, können auch Sachverständige angehört werden (DAMdf.

Digitized by Google

116). Sollte es sich in den Fällen, wo die Entscheidung auf Grund der Akten getroffen werden soll, herausstellen, daß der entscheidende Beamte zu einem vom Gutachten des Arztes abweichenden Urteil kommt, so können erforderlichenfalls weitere Ermittlungen angestellt oder der Beschädigte zu einer Rücksprache aufgefordert werden.

II.

In den „Kritischen Bemerkungen" werden ferner Mängel in der Bescheiderteilung gerügt, vor allem, daß die ablehnenden Bescheide oft der Begründung entbehren. Für die Begründung der Bescheide gibt es eine bindende Vorschrift im MVG. 06 selber, wo es in § 29 in der neuen Fassung nach der Verordnung vom 1. Februar 1919 heißt: „Die Bescheide sind in rechtlicher und tatsächlicher Beziehung zu begründen." Dieser Satz ist in die Verordnung zur Ausführung des Gesetzes über die Versorgungsbehörden vom 22. Juni 1920 übernommen und hat dadurch auch für das Reichsversorgungsgesetz Gültigkeit. Eine Begründung der Bescheide wird aber im allgemeinen nur erforderlich sein, soweit sie eine Ablehnung enthalten, entweder die Ablehnung eines Rentenanspruchs überhaupt oder die einer beantragten Erhöhung. Der Herr Verfasser der „Kritischen Bemerkungen" hält selber bei Rentenbewilligungen eine eingehende Begründung für entbehrlich. Indessen erscheint auch bei Bewilligung einer Rente im Bescheid eine kurze Begründung für den der Rentenbemessung zugrunde gelegten Grad der Erwerbsbeschränkung in gewissen Fällen zweckmäßig, um einer Berufung vorzubeugen, z. B. wenn der Antragsteller trotz schwerer Beschädigung nach den Ermittlungen in seinem Berufe voll erwerbsfähig ist und nur die hierzu aufgewendete außergewöhnliche Tatkraft der Rentenbemessung zugrunde gelegt wird, oder wenn nur ein Teil der Erwerbsbeschränkung auf Dienstbeschädigung zurückzuführen ist und der Beschädigte deshalb nur für diesen Teil Rente erhält.

Die „Kritischen Bemerkungen" fordern ferner, daß im Verwaltungsverfahren eine klare und unzweideutige Stellung genommen werden soll zur Frage der Dienstbeschädigung und ihrer Folgen für die Erwerbsfähigkeit. Für die Feststellung der Dienstbeschädigung durch die Versorgungsämter enthält PV. 53 bis 56 in Verbindung mit §§ 21 bis 25 der Verordnung vom 22. Juni 1920 das Notwendige. Damit eine klare, begründete Entscheidung hierüber getroffen werden kann, so muß vorher der Tatbestand der Dienstbeschädigung festgestellt sein, entweder schon früher vom Truppenteil oder im Laufe des Feststellungsverfahrens vom Versorgungsamt. Es muß festgestellt werden, ob die vom Antragsteller behauptete Ursache seiner Gesundheitsstörung mit dem Militärdienst zusammenhängt, ob also Antragsteller die Dienstverrichtung getan, den Unfall erlitten hat oder den dem Militärdienst eigentümlichen Verhältnissen ausgesetzt gewesen ist, auf die er seine Gesundheitsstörung zurückführt. Diese Feststellungen müssen getroffen und über ihr Ergebnis ein Vermerk in die Akten eingetragen sein, bevor die ärztliche Untersuchung stattfindet (PV. 54, 6). Dadurch wird dem Arzt die Abgabe des Urteils, ob die bei der Untersuchung festgestellte Gesundheitsstörung im ursächlichen Zusammenhang mit der angeschuldigten dienstlichen Schädigung steht, erheblich erleichtert und danach die Frage, ob Dienstbeschädigung anzuerkennen ist oder nicht, für den Versorgungsbeamten klarer.

Der Bescheid ist eine Antwort auf den Rentenantrag. Für jede im Antrag erwähnte Gesundheitsstörung ist deshalb im Bescheid anzugeben, ob für sie Dienstbeschädigung anerkannt wird oder nicht. Nur wenn für eine geklagte Gesundheitsstörung ärztlicherseits ein krankhafter Befund nicht festgestellt wird, ist die Frage der Dienstbeschädigung damit hinfällig und im Bescheid nicht zu erörtern. Wird aber Dienstbeschädigung anerkannt, so ist der Grad der festgestellten Erwerbsbeschränkung anzugeben.

Die in den „Kritischen Bemerkungen" ge-

Digitized by Google

forderte und auch durchaus notwendige klare Stellungnahme zur Frage der Erwerbsbeschränkung wird beim Zusammentreffen mehrerer Gesundheitsstörungen etwas schwieriger. Hierbei ist unter anderem folgendes zu beachten: Wenn für zwei oder mehr durch Dienstbeschädigung verursachte Gesundheitsstörungen Rente beantragt ist und für die eine die Erwerbsbeschränkung nur unter 15 % beträgt, so daß Rente hierfür an sich nicht zuständig wäre, während für die anderen Rente bewilligt wird, so muß auch die erstgenannte geringe Erwerbsbeschränkung bei der Gesamtbeurteilung berücksichtigt werden (DAMdf. 120 Abs. 3). Es wäre deshalb nicht richtig, im Bewilligungsbescheid einen Zusatz zu machen, etwa dahinlautend, daß für ersterwähntes Leiden zwar Dienstbeschädigung anerkannt wird, daß aber, weil Erwerbsbeschränkung unter 15 %, Rente hierfür nicht zuständig sei. Es ist vielmehr das Gesamtbild der Erwerbsunfähigkeit maßgebend.

Ferner ist zu beachten: Der Arzt muß zwar für jedes bei der Untersuchung festgestellte Leiden die hierdurch hervorgerufene Erwerbsbeschränkung beurteilen. Für die Rentenfestsetzung kommen jedoch nur diejenigen Leiden in Frage, die durch Dienstbeschädigung verursacht sind, aber auch diese nur soweit sie mit den im Antrag erwähnten Versorgungsgründen im Zusammenhang stehen (DAMdf. 116, Schlußsatz). Werden nun bei der ärztlichen Untersuchung andere Leiden geklagt oder vom Arzte festgestellt, so muß die durch sie hervorgerufene Erwerbsbeschränkung bei der Rentenfestsetzung außer Betracht bleiben.

Für nicht durch Dienstbeschädigung verursachte Gesundheitsstörungen erscheint dies selbstverständlich, aber auch wenn ein solches, im Antrag nicht erwähntes, jedoch vom Arzt festgestelltes Leiden bei nachträglicher Prüfung als Folge einer Dienstbeschädigung anerkannt wird, darf es bei der Rentenbemessung nicht in Ansatz gebracht werden, denn der Beschädigte hat zwar für jede durch Dienstbeschädigung verursachte Erwerbsbeschränkung von mindestens 15 % Anspruch auf Rente (§ 24 RVG.), die Rente selbst erhält er aber nur „auf Antrag" (§ 1 RVG.) und sinngemäß nur für die Folgen derjenigen Dienstbeschädigungen, auf die er seinen Antrag stützt. Die Klage dem Arzt gegenüber über weitere Leiden kann nicht als Antrag oder Erweiterung des gestellten Antrags im Sinne des § 18 der Verordnung vom 22. Juni 1920 aufgefaßt werden.

Die Nichtbeachtung der auf Dienstbeschädigung beruhenden, aber den Antrag nicht begründenden Leiden bei der Rentenfestsetzung mag engherzig erscheinen, nach den bestehenden Vorschriften wird man aber kaum anders handeln können; denn wollte man sie beachten, so könnte der Fall eintreten, daß einem Antragsteller, der auf Grund seines Antrags abgewiesen werden muß, trotzdem Rente gewährt wird für ein Leiden, für das er gar keine Rente beantragt hat.

Nach vorstehendem erscheint mir die in den „Kritischen Bemerkungen" erhobene Forderung, dem Verwaltungsverfahren in der Feststellung der Erwerbsunfähigkeit und bei der Bescheiderteilung anderen Inhalt und andere Form zu geben, so berechtigt sie in den einzelnen, dem Herrn Verfasser der „Kritischen Bemerkungen" bekannt gewordenen Fällen auch sein mag, in dieser allgemeinen Fassung durch die bestehenden Vorschriften nicht begründet. Die angezogenen Bestimmungen dürften mit einigen durch die Verhältnisse gebotenen Abänderungen genügen, um eine gründliche Prüfung und gerechte Beurteilung der Erwerbsbeschränkung, sowie eine sachgemäße Bescheiderteilung zu gewährleisten und dem entscheidenden Beamten hierbei eine verantwortliche, vom ärztlichen Urteil nicht abhängige Tätigkeit zu geben.

Digitized by Google

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Daß Sachleistungen der Wochenhilfe statt barer Beihilfen gewährt werden, kann nicht die Satzung bestimmen.

Beschluß des **Reichsversicherungsamts** v. 13. Juli 1920 (2602 Amtl. Nachr. 1920 S. 416)..

Nach den §§ 195c und 205a Abs. 2 RVO. in der Fassung des Gesetzes vom 26. September 1919, die in dieser Hinsicht durch das Gesetz vom 30. April 1920 (Reichs-Gesetzbl. S. 853, Amtl. Nachr. 1920 S. 312) nicht geändert worden ist, bleibt es dem Beschlusse der Kassenvorstände überlassen, ob an Stelle der vom Gesetze zunächst vorgesehenen Geldleistungen für die Kosten der Entbindung sowie für Hebammendienste und ärztliche Behandlung Sachleistungen gewährt werden sollen. Ein solcher Beschluß ist zwar nicht in jedem einzelnen Versicherungsfalle zu fassen, sondern hat allgemein für sämtliche zur Entschädigung gelangende Fälle zu ergehen. Er ist aber mangels einer dahingehenden Vorschrift nicht unabänderlich, sondern kann, und zwar ebenfalls vom Vorstand, wiederum in einer alle zukünftigen Fälle erfassenden Form, jederzeit aufgehoben werden. Es handelt sich also nicht um ein durch einmalige Ausübung erschöpftes Wahlrecht, sondern um ein dauerndes, jederzeit lebendiges gesetzliches Recht des Vorstandes. Dieses würde durch eine satzungsmäßige Festlegung der Leistungen in unzulässiger Weise gehemmt und beschränkt. Diese Beschränkung wird auch nicht dadurch zulässig, daß der zeitige Kassenvorstand ihr seine Zustimmung gegeben hat. Die Beschwerde war daher zurückzuweisen.

Auszahlung von Krankengeld an einen nicht Berechtigten.

Entscheidung des **Versicherungsamts Neustadt (Ober-Schles.)** vom 9. Juni 1920 (J. Nr. 352).

Der Kläger, ein Mitglied der Kasse der Beklagten (Krankenkasse), war 13 Wochen an Mittelohrentzündung krank. Das Krankengeld erhob er durch Vermittlung seines Bruders. Dieser gibt an, das erstemal den Krankenschein persönlich abgegeben zu haben, worauf das Krankengeld mit der Post dem Kläger zugeschickt wurde. Den zweiten Krankenschein sandte der Bruder mit der Post ein, damit das Krankengeld dem Kläger wieder zugeschickt werden sollte. Die Krankenkasse schickte den Betrag jedoch nicht mit der Post ab, sondern zahlte ihn einem Manne aus, der sich als den Kläger ausgab. Da nach Feststellung des Betruges die Beklagte eine nochmalige Zahlung des Betrages an den Kläger verweigerte, erhob dieser das Streitverfahren.

Es ist zu prüfen, ob die Beklagte bei der Feststellung, ob der das Krankengeld fordernde Mann auch der Berechtigte ist, das notwendige Maß von Umsicht gewahrt hat. Bei der Sachlage kann der Vorsitzende des Versicherungsamts nicht zu der Überzeugung gelangen, daß dies geschehen ist. Die Krankenkasse hat an erster Stelle zu fordern, daß der Kranke das Krankengeld persönlich gegen Vorlage des Krankenscheines in Empfang nimmt. Ist der Kranke dazu nicht imstande, so kann er mit der Abholung des Geldes einen von seinen Angehörigen beauftragen, der sich auch durch den Krankenschein als Beauftragter ausweisen muß, oder die Übersendung mit der Post nach Einsendung des Krankenscheines beantragen. Die Krankenkasse ist selbstverständlich gehalten, das Interesse des Versicherten in jedem Falle zu wahren, da sie ja eine soziale Einrichtung zum Wohle der Versicherten ist.

In diesem Falle ging der Krankenschein der Krankenkasse mit der Post zu. Das Krankengeld sollte gleichfalls mit der Post dem Berechtigten übersandt werden. Da erscheint im Kassenzimmer ein Mann, der sich als B. F. (Kläger) ausgab und die Auszahlung des Krankengeldes forderte. Der mit der Auszahlung des Krankengeldes betraute Kassenangestellte stellte an den Mann Fragen, die sich auf die Krankheit des F. bezogen. Da diese Fragen zutreffend beantwortet wurden, zahlte der Angestellte das Krankengeld aus. Diese Feststellung der Person ist nicht genügend. Da sich der Kranke nicht durch Überreichung des Krankenscheines auswies, mußte ein anderer schriftlicher Ausweis darüber gefordert werden, daß der Erschienene der Berechtigte sei, oder die Stellung eines dem Angestellten bekannten Zeugen verlangt werden. Danach wird nicht nur bei den staatlichen Behörden, sondern auch bei allen öffentlichen Kassen verfahren. Das fordert die Rechtspflege. Wäre dieser Grundsatz beobachtet worden, so wäre der Betrug unmöglich gewesen. Für diese Unterlassung ist die Krankenkasse haftbar. Der Versicherte kann dadurch nicht zu Schaden kommen.

Anordnung von Änderungen oder Ergänzungen der Dienstordnung (§ 356 Satz 2 RVO.

Entscheidung des **Oberversicherungsamts Stettin** vom 22. Januar 1921 (E I b 44/20).

Dem Antrage auf rechtsverbindliche Feststellung des vom Vorstande des Kreiskrankenkassenverbandes des Kreises R. beschlossenen Nachtrages zur Dienstordnung für die Angestellten vermögen wir nach eingehender Prüfung der Rechtslage nicht zu entsprechen. Zwar schreibt § 356 RVO. vor, daß, wenn eine Kasse trotz Aufforderung in der gesetzten Frist keine Dienstordnung einreicht, das Oberversicherungsamt die Dienstordnung rechtsverbindlich feststellt und daß das gleiche für „angeordnete" Änderungen und Ergänzungen gilt. Von wem, in welcher Form und unter welchen Voraussetzungen die Änderung oder Ergänzung angeordnet werden kann, darüber bestimmt das Gesetz nichts, ebensowenig wie die ähnlich lautende Gesetzesvor-

Digitized by Google

schrift in § 347 Abs. 3 a. a. O. hinsichtlich der Änderung oder Ergänzung der Krankenordnung. Etwas eingehender drückt sich § 326 Abs. 3 a. a. O. aus, der das gleiche für endgültig angeordnete Änderungen der Satzung festsetzt, „die durch Vorschriften dieses Gesetzes erforderlich werden". Hier wird auch die anordnende Behörde bestimmt, die in diesem Falle die Beschlußkammer des Oberversicherungsamts ist, gegen deren Anordnung der gesetzliche Rechtsmittelzug gegeben ist, der vor endgültiger Vollziehung der Änderung erschöpft sein muß.

In Anlehnung an diese Bestimmung wird man auch im Falle des § 356 davon auszugehen haben, daß das Oberversicherungsamt die rechtsverbindliche Feststellung erst vorzunehmen hat, wenn die Änderung oder Ergänzung rechtskräftig angeordnet ist. Die Anordnung kann aber mangels besonderer gesetzlicher Bestimmungen nur durch die Aufsichtsbehörde, d. i. das Versicherungsamt, erfolgen. Wir lassen nun dahingestellt, ob Ergänzungen oder Abänderungen der Dienstordnung ebenso wie Änderungen der Kassensatzung nur dann angeordnet werden können, wenn sie durch Vorschriften der Reichsversicherungsordnung erforderlich werden (§ 326), oder ob hier dem Ermessen der Aufsichtsbehörde ein weiterer Spielraum gelassen ist, wobei nicht außer acht gelassen werden darf, daß es einen scharfen Eingriff in die Selbstverwaltung und die Vertragsfreiheit der Kassen bedeuten würde, wenn die Aufsichtsbehörde auf diesem Wege die Besoldung der Angestellten entgegen dem Willen eines der beteiligten Kassen- oder Verbandsorgane regeln wollte. Jedenfalls können wir in der dortigen „Aufforderung" vom 15. November v. Js., unverzüglich eine „entsprechende" Ergänzung der Dienstordnung vorzunehmen, eine Anordnung im Sinne des Gesetzes nicht erblicken.

Anmerkung: Wir halten die Ansicht des Oberversicherungsamts, daß die im § 356 Satz 2 RVO. vorausgesetzte Befugnis, Änderungen und Ergänzungen der Dienstordnung anzuordnen, dem Versicherungsamt als der Aufsichtsbehörde zustehe, für irrig. Die Dienstordnung bedarf nach § 355 RVO. der Genehmigung des Oberversicherungsamts; diese darf nur versagt werden, wenn ein wichtiger Grund vorliegt, insbesondere Zahl oder Besoldung der Angestellten in auffälligem Mißverhältnisse zu ihren Aufgaben stehen. Nun kann es vorkommen, daß ein wichtiger Grund, aus welchem die Genehmigung hätte versagt werden sollen, als solcher erst nachträglich erkannt wird oder auch, infolge einer Änderung der Verhältnisse, erst nachträglich eintritt. In solchen Fällen und besonders auch dann, wenn durch eine Änderung der Gesetzgebung die Anpassung der Dienstordnung an das neue Recht notwendig wird, muß es einen Weg geben, die Änderung oder Ergänzung der Dienstordnung nötigenfalls zu erzwingen. Diesen Weg weist § 356. Danach ist die erforderliche Änderung oder Ergänzung zunächst mit Fristbestimmung anzuordnen (Satz 2) und, falls sie von der Kasse nicht fristgemäß eingereicht wird, durch das Oberversicherungsamt rechtsverbindlich festzustellen (Satz 1). Uns will es nach dem Zusammenhange nicht zweifelhaft erscheinen, daß auch die vorgängige Anordnung und Fristsetzung nur vom Oberversicherungsamt ausgehen darf. Das Versicherungsamt als Aufsichtsbehörde kann wohl den Anstoß, die Anregung zu dem Verfahren geben, aber es kann nicht seine Aufgabe sein, eine förmliche Anordnung zu erlassen, die im Grunde doch auf eine Änderung der von der höheren Stelle erlassenen Entscheidung über die Genehmigung der Dienstordnung hinauskommt. — Zu vgl. über einen Fall dieser Art: ArbVers. 1918 S. 617 Ziff. 6.

Sprechsaal.

Teilweise Sachleistungen statt barer Beihilfen bei der Wochenhilfe.

Die Wöchnerinnen erhalten nach den derzeitigen Bestimmungen u. a. einen einmaligen Beitrag zu den Kosten der Entbindung in Höhe von 50 ℳ und eine Beihilfe bis zum Betrag von 25 ℳ für Hebammenhilfe und ärztliche Behandlung, falls solche bei Schwangerschaftsbeschwerden erforderlich werden. Die Vorstände der Krankenkassen können beschließen, statt dieser baren Beihilfen freie Behandlung durch Hebamme und Arzt, sowie die erforderliche Arznei bei der Niederkunft und bei Schwangerschaftsbeschwerden zu gewähren. Es ist zulässig, nur eine oder mehrere der genannten Sachleistungen gegen entsprechende Aufrechnung an der Barentschädigung zu gewähren (§§ 195a, 195c RVO.).

Hieraus ergibt sich ohne weiteres, daß die Barentschädigung einen teilweisen Ersatz der Behandlungs- und Arzneimittelkosten darstellen. Die versicherten Wöchnerinnen sowie — wenn die Kassen Familienhilfe nach § 205b RVO. gewähren — auch die Ehefrauen der Versicherten haben auf Grund des Gesetzes (§ 182 RVO.) oder der Satzung schon Anspruch auf ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei, so daß sie zur Vermeidung von Doppelleistungen auf die volle Barentschädigung keinen Anspruch haben sollten. Die Möglichkeit der Doppelleistung ist im Gesetze in diesem Falle nicht genügend berücksichtigt, so daß die Kassen neben den erheblichen Arztkosten (400 v. H. Zuschlag!) auch noch die Barleistungen gewähren müssen.

Die Krankenkassen werden sich daher vorerst nur durch Beschlußfassung nach § 195c RVO. helfen können, wonach den versicherten Wöchnerinnen und den Ehefrauen der Versicherten statt der baren Beihilfen freie ärztliche Behandlung sowie die erforderliche Arznei bei der Niederkunft und bei Schwangerschaftsbeschwerden gegen entsprechende Aufrechnung an der Barentschädigung gewährt werden. Als entsprechend dürften in der Regel 15 ℳ auf den Entbindungskostenbeitrag und 10 ℳ auf die Schwangerenbeihilfe zu erachten sein. Hierdurch würde auch insofern ein wünschenswerter Ausgleich geschaffen, als die ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei auch den Wöchnerinnen und Ehefrauen von

Digitized by Google

Versicherten gewährt würde, welche die allenfalls in der Satzung vorgesehene Wartezeit noch nicht erfüllt haben.

Es muß allerdings zugegeben werden, daß die Barentschädigung in den weitaus meisten Fällen zur Deckung der weiteren Auslagen nicht ausreicht; dies ist aber auch nicht gewollt, wie sich schon aus den Bezeichnungen „einmaliger Beitrag" und „Beihilfe" ergibt. Die Kassen werden aber dennoch mit Rücksicht auf die bedeutenden Ausgaben für Wochenhilfe und die mitunter nicht allzu günstige geldliche Lage den vorgeschlagenen Weg einschlagen müssen. K. P.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Zum Kampfe der Lebensversicherungsgesellschaften gegen die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte erhalten wir von dem Direktorium der Reichsversicherungsanstalt folgende weitere Zuschrift (zu vgl. Heft 3 S. 56):

„Zu Agitationszwecken verbreiten verschiedene Lebensversicherungsunternehmungen Flugblätter, in welchen aus Anlaß der vorgeschlagenen Erhöhung der Versicherungsgrenze der Angestelltenversicherung die bereits im Sommer 1920 gegen die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte gerichteten Angriffe wieder aufgenommen werden. Insbesondere werden dabei die angeblichen Vorteile der privaten Kapitalversicherung der staatlichen Pensionsversicherung gegenübergestellt, wobei verkannt wird, daß ein solcher Vergleich überhaupt nicht gemacht werden kann, da Aufbau und Zweck beider Versicherungsarten grundsätzlich verschieden sind. Zudem wird stets verschwiegen, daß die privaten Versicherungsgesellschaften, insbesondere bei ihrer Invaliditäts-Zusatzversicherung, nur völlig gesunde Personen versichern, während die Angestelltenversicherung ihre Risiken unterschiedslos aufnimmt. Von den besonderen Leistungen der staatlichen Pensionsversicherung, die mit keiner Kapitalversicherung verbunden sind, wird in den Flugblättern nichts gesagt; so wird z. B. das Heilverfahren trotz seiner grundlegenden Bedeutung überhaupt nicht erwähnt. Im einzelnen enthalten diese Flugblätter auch öfters eine Behauptung, die ganz besonders geeignet ist, die Angestellten zu beunruhigen und die Angestelltenversicherung schwer zu schädigen. Es wird behauptet, daß, wenn ein durch die weitere Ausdehnung der Versicherungsgrenze versicherungspflichtig werdender Angestellter nach neun Jahren stirbt, die Reichsversicherungsanstalt weder Witwen- noch Waisenrente zahle, auch finde keine Rückvergütung von Beitragsteilen statt. Diese Ausführung hätte bei gewissenhafter Bearbeitung nicht gemacht werden dürfen. Vielmehr mußte aus §§ 8, 9 des Gesetzes über weitere Ausdehnung der Versicherungspflicht in der Angestelltenversicherung vom 31. Mai 1920 entnommen werden, daß die §§ 396 bis 398 des Versicherungsgesetzes für Angestellte auch diesmal wieder für entsprechend anwendbar erklärt werden würden. In den §§ 396, 398 des Versicherungsgesetzes für Angestellte ist bestimmt, daß in den ersten 10 Jahren nach dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Erfüllung der Wartezeit bei den Hinterbliebenenrenten bereits das Zurücklegen von 60 Beitragsmonaten auf Grund der Versicherungspflicht genügt, und daß ferner, sofern der Versicherungsfall innerhalb der ersten 15 Jahre nach dem Inkrafttreten des Gesetzes eintritt, ohne daß ein Anspruch auf Leistungen nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte geltend gemacht werden kann, beim Tode des Versicherten der hinterbliebenen Witwe oder dem Witwer, oder, falls solche nicht vorhanden sind, den hinterlassenen Kindern unter 18 Jahren ein Anspruch auf Erstattung der Hälfte der für den Verstorbenen eingezahlten Beiträge zusteht.

Die Frage, ob es angezeigt ist, eine Privatversicherung einzugehen, wird jeder Angestellte, den die in Aussicht genommene Erhöhung der Versicherungsgrenze möglicherweise der Versicherungspflicht unterstellen wird, für sich allein entscheiden müssen, jedenfalls wird er dabei nicht übersehen dürfen, daß den bevorstehenden Erhöhungen der Beiträge ganz wesentliche Erhöhungen der Leistungen gegenüberstehen werden. Nach dem beabsichtigten Ausbau der Angestelltenversicherung werden die Ruhegelder bereits nach zehnjähriger Mitgliedsdauer bis über 2000 ℳ und nach längerer Mitgliedsdauer Beträge bis zu 15 000 ℳ jährlich aufweisen, deren fortlaufende Zahlung Kapitalbeträge in Höhe des acht- bis zehnfachen der Jahresbezüge erfordert. Im Anschluß daran erhöhen sich auch die Witwen- und Waisenrenten sowie die den weiblichen Versicherten zugewendeten Sonderleistungen erheblich. Der Angestellte wird also zu überlegen haben, ob die erhofften Vorteile einer Privatversicherung es lohnen werden, die recht erheblichen Renten aus der Angestelltenversicherung durch die Befreiung von der eigenen Beitragsleistung zu schmälern."

Das deutschösterreichische Invalidenbeschäftigungsgesetz vom 1. Oktober 1920.

Hierüber schreibt Prof. Dr. Wittmayer (Wien) in der „Sozialen Praxis" 29 Sp. 1319:

In den ausführlichen erläuternden Bemerkungen zur Vorlage der Staatsregierung (934 der Beilagen — Konstituierende Nationalversammlung) ist dargetan, in welcher Beziehung sich das bereits seit 1918 vorbereitete deutschösterreichische trotz mancher Berührungspunkte vom reichsdeutschen Gesetze vom 6. April 1920 unterscheidet. Das deutschösterreichische Gesetz begnügt sich von vornherein mit einem bestimmten mäßigen und durch einfache Vollzugsvorschriften notfalls noch weiter ermäßigungsfähigen Prozentsatz (etwas über 4 v. H.) Schwerbeschädigter, die vom Betriebe frei ausgewählt werden. Das Gesetz zieht für die Durchführung neben der Invalidenschaft gleichmäßig die Berufsvereinigungen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer heran, verzichtet im Betriebe auf eine besondere Organisation von Vertrauensmännern der Invaliden und fordert die Einstellung durch Ausfertigung von Einstellungsscheinen, welche Leichterbeschädigte und um mehr als 65 v. H. in ihrer Erwerbsfähigkeit Beschränkte nur nach vorangegangenem Verfahren beim Einstellungsausschusse der Invalidenentschädigungskommission (Hauptfürsorgestelle?) erhalten. Zur Durchführung des Gesetzes sind neben diesen eigentlichen Fürsorgestellen auch noch die industriellen Bezirkskommissionen und landwirtschaftlichen Abteilungen für Arbeitsvermittlung bei den Landesregierungen berufen. Doch ist die Einheitlichkeit der Durchführung durch das Eingreifen des Staatsamts und künftigen Bundesministeriums für soziale Verwaltung in allen wesentlichen Belangen gewährleistet.

Der wichtigste Unterschied vom reichsdeutschen Gesetze liegt an den Sicherungsmitteln. Nicht genug

Digitized by Google

an dem, daß eine mäßige, recht beweglich gehaltene Ausgleichstaxe vorgesehen ist für Betriebe, welche keine Kriegsbeschädigten beschäftigen können oder sich Pflichtverletzungen zuschulden kommen lassen, sind auch bemerkenswerte Lohnsicherungen festgesetzt, um sonst naheliegende Umgehungen und Machenschaften zur Vereitlung der gesetzlichen Zwecke zu verhüten.

Die erwähnte Ausgleichstaxe ermöglicht die Schaffung eines Fonds, der u. a. zur Unterstützung nicht mehr arbeitsfähiger oder unverschuldet arbeitsloser Kriegsbeschädigter dient. Da Unternehmer, die von der Arbeitsvermittlung keine Kriegsbeschädigten erhalten, keine Ausgleichstaxe zu zahlen haben, ist nicht nur ein weiteres Stimulans für die Unternehmer gegeben, sich sobald wie möglich nach kriegsbeschädigten Arbeitnehmern umzusehen. In dem Maße, als sich die arbeitsfähigen Invaliden nach Arbeit umsehen, fördern sie auch die Interessen ihrer nicht mehr arbeitsfähigen oder unverschuldet arbeitslosen Kameraden, denen Mittel aus der Ausgleichstaxe eben nur dann zufließen können, wenn von den Unternehmern unberücksichtigt gelassene Arbeitsangebote Kriegsbeschädigter in genügender Menge vorliegen.

In Anbetracht der besonderen Verhältnisse mußte anderseits die schon erwähnte Lohnsicherung zu ganz singulären, ungewöhnlichen Grundsätzen führen. Die Entlohnung eines im Sinne dieses Gesetzes beschäftigten Arbeitnehmers darf nach § 6 nur bei nachweisbarer Unterwertigkeit der betreffenden Arbeitsleistung hinter dem Ausmaße des für Arbeitsleistungen gleicher Art üblichen oder durch Kollektivvertrag festgelegten Entgeltes zurückbleiben, muß aber jedenfalls der Arbeitsleistung entsprechen und hat zur Zeit voller Beschäftigung den Lebensunterhalt zu ermöglichen. Sonst ist der Kriegsbeschädigte auf die Zahl der nach diesem Gesetze zu beschäftigenden Kriegsbeschädigten (Pflichtzahl) gar nicht anrechenbar, der Unternehmer strafbar, auch zivilrechtlich belangbar und der Verschreibung der Ausgleichstaxe ausgesetzt.

Unfallverletzte des eigenen Betriebes sind nur, wenn sie gleichfalls schwerbeschädigt sind und am Tage der bevorstehenden Kundmachung des Gesetzes im Betriebe beschäftigt werden, auf die Pflichtzahl anrechenbar. Eine allgemeine Gleichstellung der Schwerbeschädigten der Industrie konnte nicht gewährt werden. Eine sympathische Ergänzung der Vorlage in zwölfter Stunde hat diese Begünstigung auch Blinden zugewendet, welche am erwähnten Tage in einem Betriebe beschäftigt werden, um auch solche Personen, die Ärmsten der Armen, davor zu schützen oder wenigstens eine Beruhigung zu gewähren, daß sie durch die im Gesetze begünstigten Personen nicht aus ihrer Beschäftigung gedrängt werden. Eines weitergehenden Schutzes bedarf es auch kaum.

Das Gesetz ist schon am 15. Oktober, wenige Tage nach seiner Verlautbarung (StGBl. Nr. 459), in Kraft getreten. Es versteht sich, daß, solange den Betrieben noch andere Bestimmungen und Verpflichtungen zur Beschäftigung Arbeitsloser auferlegt sind, eine Anrechnung stattfindet, wodurch sich anderweitige Pflichten entsprechend ermäßigen. Unter den ersten, die vom Gesetze Gebrauch machen, werden sich wohl die Kriegsbeschädigten ehemaliger Berufsoffiziere melden, die vom Abbau betroffen sind. Die zahlreichen Rücksichten, die das Gesetz zu nehmen hat, und die vielen Durchführungsvorschriften, die zu erlassen sind, bedingen einen äußerst kunstreichen Apparat, in dem sich die große Schwierigkeit offenbart, das Problem in wirksamer Weise zu lösen.

Beantwortung von Anfragen.

Rechtsauskünfte aus unserem Arbeitsgebiet erteilen wir den Beziehern unserer Zeitschrift bereitwillig, ohne indessen eine Verpflichtung oder eine zivilrechtliche Haftung zu übernehmen. Für schriftliche Auskunft wird Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten, und zwar auch dann, wenn nur Bescheid durch die Zeitschrift erbeten, die Sache aber zur Veröffentlichung an dieser Stelle nach unserem Ermessen nicht geeignet ist.

1. **An unsere Leser:** Wir verweisen auf den vorstehenden, den veränderten Zeitverhältnissen notgedrungen angepaßten Vordruck über dieser Rubrik. — Bei dieser Gelegenheit wiederholen wir die dringende Bitte, die Anfragen auf besonderen, einseitig beschriebenen Blättern an uns zu richten und einen Bezugsausweis beizufügen, falls die Zeitschrift nicht unmittelbar vom Verlag bezogen wird. Wir erinnern auch daran, daß es nicht angeht, uns den Raum für eine Auskunft zuzumessen (z. B. durch Beifügung einer Postkarte), daß wir uns auf Beantwortung von Anfragen durch Telegraph oder Fernsprecher nicht einlassen können, und daß der Regel nach auch eine schriftliche Auskunft nicht „umgehend" und auch nicht immer „in der nächsten Nummer" erwartet werden kann. Im übrigen nehmen wir auf möglichst baldige Erledigung der Anfragen in der Reihenfolge ihres Einganges und unter Berücksichtigung ihres Umfangs und ihrer Schwierigkeit ohnehin Bedacht.

Bewertung der Kriegsanleihe in der Vermögensnachweisung der Krankenkassen. — Welche Stelle ist zur Änderung von Verordnungen des Bundesrats berufen?

2. **Nach Aachen.** Antwort: Uns ist das Rundschreiben des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt, wonach den „gemeinnützigen Unternehmungen" nachgelassen sein soll, die Schuldbuchforderungen aus Kriegsanleihe nach dem letzten Bilanzwert einzusetzen, nicht bekannt. Keinesfalls könnten daraus die Krankenkassen die Befugnis herleiten, ihre Schuldbuchforderungen an Kriegsanleihe nach dem Kurswert in die Vermögensnachweisung einzustellen. Denn für die Kassen sind ausschließlich die auf Grund der §§ 366, 367 RVO. über Art

Digitized by Google

und Form der Rechnungsführung erlassenen Bestimmungen des Bundesrats v. 9. 10. 13 (ArbVers. S. 750) maßgebend, und nach dem diesen Bestimmungen beigegebenen Muster einer Vermögensnachweisung sind Wertpapiere zum Anschaffungspreis einzustellen. Dies könnte nur durch die nach der jetzigen Reichsverfassung an die Stelle des Bundesrats getretene Instanz geändert werden, das ist: durch den Reichsrat. Denn nach § 3 des Übergangsgesetzes v. 4. 3. 19 war an die Stelle des Bundesrats der Staatenausschuß und nach Art. 179 der jetzt geltenden Reichsverfassung ist an die Stelle des Staatenausschusses der Reichsrat getreten.

Anpassung von Kassenbezirken an veränderte Verwaltungsbezirke.

3. **Nach Lübz.** Frage: Nach den innerpolitischen Verhältnissen bildeten bisher in Mecklenburg je einen besonderen Bezirk: 1. jede, auch die kleinste Stadt, mit ihrem Kämmereibezirk; 2. die Rittergüter, welche sich freiwillig zu ritterschaftlichen Ämtern zusammengeschlossen haben; 3. der gleichfalls in Ämter eingeteilte fiskalische Domaniqlbesitz, umfassend die Domänen und die Bauerndörfer; 4. jedes der drei Landesklöster mit ihrem Landbesitz. — Durch diese Einteilung nach Eigentumsrecht war natürlich eine örtliche Begrenzung der Bezirke unmöglich, so daß in manchen Gegenden Ortschaften aus 1, 2 und mehr Bezirken bunt durcheinander lagen. Der Bezirkseinteilung gemäß sind auch die Krankenkassen errichtet, so daß in Bezirk ad 1 je nur eine Ortskrankenkasse, in den übrigen Bezirken ad 2—4 nur je eine Landkrankenkasse besteht, welche alle Versicherungspflichtigen ihres Bezirks aufnehmen muß. Demnach sind die vielen Arbeiter der Ackerbürger der kleinen Städte in den Ortskrankenkassen, die Handwerker und Dienstboten in den Bezirken der Landkrankenkassen bei diesen als Mitglieder angemeldet. Durch die neue Verfassung ist nun das ganze Land in 17 Verwaltungsbezirke eingeteilt, die örtlich begrenzt, sämtliche innerhalb dieser Grenze gelegenen Ortschaften, unabhängig von dem Besitzstande umfassen. Hiervon ausgenommen sind nur einige wenige größere Städte. Es wäre von Belang zu erfahren, welchen Einfluß diese Neueinteilung auf die Krankenkassen hat, ob durch die Neubildung der Verwaltungsbezirke auch eine Neubildung der Krankenkassen geboten ist und wie die Zuweisung der Versicherungspflichtigen, einerseits an die Ortskrankenkassen, anderseits an die Landkrankenkassen erfolgen wird, namentlich hinsichtlich der in den Städten ansässigen Ackerbautreibenden und der in den Dörfern wohnenden, nicht in der Landwirtschaft beschäftigten versicherungspflichtigen Arbeitnehmer.

Antwort: Nach § 298 Abs. 1 Ziff. 2 und Abs. 2 RVO. findet eine Auseinandersetzung zwischen den beteiligten Kassen gemäß §§ 286 bis 297 auch statt, wenn sich Kassenbezirke durch andere Abgrenzung der Verwaltungsbezirke ändern; aber das Gesetz bestimmt nicht, daß sich die Kassenbezirke durch Änderung der Verwaltungsbezirksgrenzen ohne weiteres gleichfalls ändern, oder daß sie diesen veränderten Bezirksgrenzen angepaßt werden müssen. Vielmehr bleiben die allgemeinen Ortskrankenkassen und Landkrankenkassen unverändert weiterbestehen, bis auf Antrag einer beteiligten Kasse und Beschluß des Oberversicherungsamts (§§ 280, 282, 284) durch Vereinigung oder Ausscheidung die Grenzen der Kassenbezirke mit den Grenzen der Verwaltungsbezirke in Übereinstimmung gebracht werden (zu vgl. preuß. Min. Erl. v. 11. 3. 14, ArbVers. 1914 S. 805). Über das Verfahren hierbei bestimmen die §§ 280 ff. RVO.; Näheres hierüber: Hoffmann, ArbVers. 1915 S. 217 ff.

a) **Ersatzanspruch des Armenverbandes für Anstaltspflege eines Familienangehörigen.**
b) **Berechnung der „Gesamtdauer" von 13 Wochen nach § 188 RVO.**

4. **Nach H.** Antwort: a) Hatte die Krankenkasse dem Angehörigen des Versicherten satzungsgemäß „Kur und Verpflegung" in einem Krankenhause zu gewähren, so hat der Armenverband, der diese Leistung gewährt hat, Anspruch auf Ersatz nach § 1533 Ziff. 2 und 3 RVO. Dabei wird allerdings für die Krankenpflege nicht der Pauschbetrag von ⅜ des Grundlohns (der nach Ziff. 2 nur für Unterstützung bei Krankheit des Versicherten selbst gilt), sondern der wirkliche Aufwand erstattet (Entsch. des RVA. 2472, ArbVers. 1918 S. 550). Für den Unterhalt des Unterstützten im Krankenhause aber wird nach Ziff. 3 die Hälfte des Grundlohns „angesetzt", d. h. berechnet. Zu ersetzen ist indessen der so errechnete Betrag aus der entsprechenden Leistung der Krankenkasse, also nicht über das hinaus, was die Kasse selbst für den Unterhalt des Angehörigen im Krankenhause zu zahlen gehabt hätte. Es wird also eine Sonderung zwischen Krankenpflege- und Unterhaltungskosten (nötigenfalls im Wege einer billigen Schätzung) stattfinden müssen.

b) Wenn ein Versicherter gemäß § 188 RVO. nur den beschränkten Anspruch auf die Gesamtdauer von 13 Wochen hat, so bedeutet das auch, daß diese 13 Wochen nicht zusammenhängend zu verlaufen brauchen, sondern daß, wenn z. B. im Laufe von 12 Monaten mehrere Versicherungsfälle eintreten, die Leistungszeiten zusammenzurechnen sind. Es handelt sich also um eine Frist, auf die § 126 RVO. entsprechend anzuwenden ist (zu vgl. ArbVers. 1918 S. 119 Ziff. 8b und c). Sie umfaßt demgemäß 91, nicht 92 Tage.

Sterbegeld bei tödlichem Unfall in dem später an Polen gefallenen Gebiete.

5. **Nach Lauenburg.** Frage: Ein Müllergeselle im Kreise Neustadt in Westpreußen verunglückte am 23. November 1919 tödlich. Die Müllereiberufsgenossenschaft hat eine Zahlung des Sterbegeldes abgelehnt, weil Neustadt inzwischen zu Polen gefallen ist. Ist dies gerechtfertigt?

Antwort: Am 23. 11. 19 war der Friedensvertrag, durch den der Kreis Neustadt an Polen fiel, noch nicht ratifiziert. Der Müllergeselle ist daher im (damaligen) Gebiete des Deutschen Reichs tödlich verunglückt. Deshalb können wir einen Grund für die Weigerung der Berufsgenossenschaft nicht erkennen.

Anspruch aus § 195a RVO. schließt Familienwochenhilfe aus.

6. **Nach Eckernförde.** Antwort: Die nach § 176 RVO. freiwillig beigetretene Frau hat Anspruch auf Wochenhilfe aus § 195a RVO., sofern sie im letzten Jahre vor der Niederkunft mindestens 6 Monate hindurch versichert gewesen ist. Der Anspruch wird nicht dadurch ausgeschlossen, daß ihr gemäß § 215 RVO. kein Krankengeld zusteht. In

Digitized by Google

diesem Falle bemißt sich das Wochengeld auf 1,50 M. Ist aber § 195a anwendbar, so entfällt jeder Anspruch aus § 205a, wie sich aus dessen Ziffer 2 zweifelsfrei ergibt.

Abzüge vom Lohn und Gehalt für Fehltage.

7. **Nach Allstedt.** Antwort: Die Frage, ob ein Arbeitgeber dem Arbeitnehmer Abzüge vom Lohn oder Gehalt für Fehltage machen darf, ist nicht allgemein zu beantworten. Zu bejahen ist sie für die Fälle, in denen der Arbeitnehmer schuldhafterweise dem Dienste fernbleibt, z. B. lediglich deshalb, weil er keine Lust zum Arbeiten hat. Ist die Verhinderung von ihm unverschuldet, so ist zwischen 1. Handlungsgehilfen, 2. Werkmeistern, Betriebsbeamten, Technikern, 3. anderen Arbeitnehmern zu unterscheiden. Die zu 1. und 2. Genannten behalten ihre Ansprüche bis zu 6 Wochen, wenn sie durch unverschuldetes Unglück an der Leistung der Dienste verhindert sind, doch müssen die zu 2. Genannten sich die baren Unterstützungen aus einer auf Grund gesetzlicher Verpflichtung bestehenden Krankenversicherung oder Unfallversicherung anrechnen lassen, während bei den zu 1. Genannten eine solche Anrechnung unstatthaft ist. Für alle anderen Arbeitnehmer gilt § 616 BGB., wonach diese ihren Anspruch auf die Vergütung behalten, wenn sie für eine verhältnismäßig nicht erhebliche Zeit durch einen in ihrer Person liegenden Grund ohne ihr Verschulden an der Dienstleistung verhindert werden; sie müssen sich aber gleichfalls bare Unterstützungen aus Pflichtkranken- oder Unfallversicherung anrechnen lassen. Durch besondere Abmachungen — im Einzel- oder im Tarifvertrag — kann im allgemeinen etwas anderes vereinbart werden. In den Fällen, in denen hiernach der Arbeitgeber das ganze Krankengeld vom Lohn abziehen könnte, kann er selbstverständlich erst recht einen geringeren Betrag, also im vorliegenden Falle für jeden Fehltag ein Sechstel des Arbeitgeberanteils an den Kassenbeiträgen, abziehen.

Kosten für den Rücktransport aus dem Krankenhause.

8. **Nach Eckernförde.** Antwort: Die Kasse hat alle Kosten zu tragen, die durch die Krankenhauspflege entstehen, und hierzu gehören auch diejenigen für die Rückbeförderung des Mitgliedes aus dem Krankenhause in seine Wohnung. Denn ohne die Krankenhauspflege wäre sie nicht erforderlich geworden. Das muß auch für die Rückbeförderung anläßlich der Beendigung der Unterstützungsdauer gelten. Eine solche Verpflichtung der Kasse ist durch Entscheidung des badischen Verwaltungsgerichtshofes sogar für die Heimreise anläßlich einer Beurlaubung aus dem Krankenhause ausgesprochen worden. (ArbVers. 1901 S. 99.)

Rückwirkende Gehaltserhöhungen gelten nicht für bereits Entlassene.

9. **Nach Dinslaken.** Antwort: Es ist im allgemeinen anzunehmen, daß Gehaltserhöhungen mit rückwirkender Kraft nur solchen Beschäftigten zugute kommen sollen, die noch zu der Zeit, da die Erhöhungen beschlossen werden, in ihrer Stellung sind. Soll etwas anderes gelten, so muß dies in der Bestimmung besonders zum Ausdruck kommen. In diesem Sinne hat bezüglich der Tarifverträge der Schlichtungsausschuß Groß-Berlin entschieden. Gleiches wird für Gehaltserhöhungen durch die Dienstordnung zu gelten haben.

Zum Begriff der Arbeitsunfähigkeit.

10. **Nach Viechtach.** Antwort: Arbeitsunfähigkeit liegt dann vor, wenn der Versicherte infolge Krankheit nicht imstande ist, diejenige Tätigkeit auszuüben, auf der die Versicherung beruht. In dem geschilderten Falle ist die Erkrankte wegen der Tätigkeit versicherungspflichtig, die sie als Chorsängerin ausübt. Wenn sie nun durch eine Handverletzung zwar nicht am Chorsingen, wohl aber an den Arbeiten einer „Zugehfrau", die als vorübergehende Dienstleistungen versicherungsfrei sind, verhindert ist, so liegt keine Arbeitsunfähigkeit vor, die den Anspruch auf Krankengeld begründete (vgl. Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 6a zu § 182). Festzustellen wäre freilich noch, ob die zweite Tätigkeit tatsächlich nach der Bekanntmachung vom 17. 11. 1913 (ArbVers. 1913 S. 848, Hahn, Handb. der Kr.-Vers., Anm. 3 zu § 168) Ziff. I 4 versicherungsfrei ist.

Ersatzpflicht des Reichs für Mehrleistungen an Familienwochenhilfe; Erstattungsanspruch nach § 197 RVO.

11. **Nach L.** Antwort: Wir haben die in unserer Auskunft ausgedrückte Auffassung in der ArbVers. v. 1920 S. 539, 645, 712 wiederholt und eingehend begründet, und inzwischen hat ja auch der Herr Reichsarbeitsminister sich dahin geäußert, daß „nach dem unzweideutigen Wortlaut des Gesetzes" die Erstattungspflicht des Reiches sich auch auf die im § 205a Abs. 2 Satz 2 RVO. zugelassenen Mehrleistungen bezieht (ArbVers. 1921 Heft 1 S. 5). Wenn geltend gemacht wird, daß unsere Auffassung dahin führen würde, daß bei dem Erstattungsanspruch für Familienwochenhilfe die Mehrleistungen zu berücksichtigen wären, während sie bei der Versichertenwochenhilfe außer Betracht bleiben, so ist nicht beachtet, daß die regelmäßigen Leistungen der Familienwochenhilfe nach § 205a Abs. 2 hinter den regelmäßigen Leistungen der Versichertenwochenhilfe nach § 195a Abs. 1 Ziff. 2 und 4 zurückbleiben und daß die im § 205a Abs. 2 Satz 2 zugelassenen Mehrleistungen doch nur eine Gleichstellung oder Annäherung an die regelmäßigen Leistungen der Versichertenwochenhilfe ermöglichen. Die wesentlich weitergehenden Mehrleistungen aus § 195b Abs. 1 und 2 bleiben bei dem Erstattungsanspruch aus § 197 sowohl bei der Familienwochenhilfe wie bei der Versichertenwochenhilfe außer Betracht, weil nach dem gleichfalls unzweideutigen Wortlaut des § 197 nur die Leistungen aus den §§ 195a, 195c, 196, nicht also auch die Leistungen aus § 195b zu erstatten sind — wenigstens nicht die Mehrleistungen aus Abs. 1 und 2 des § 195b; hinsichtlich des Abs. 3, der gewisse Pflichtleistungen betrifft, haben wir nach dem Zwecke des Gesetzes eine andere Auffassung begründet im Jahrg. 1920 S. 540 Ziff. 11.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

Heft 1309 der ganzen Folge.

38. Jahrgang | **1. März 1921** | **Heft 7**

Hilfe für Rentenempfänger durch die Gemeinden.

Von Bürgermeister Fr. Kleeis in Aschersleben.

Die Not der Rentner aller Art bildet fortgesetzt den Gegenstand von Erörterungen fast aller sozialpolitischen Körperschaften und Stellen. Trotz aller Maßnahmen der gesetzgebenden Stellen zur Verbesserung der wirtschaftlichen Lage der Rentenempfänger ist diese doch nach wie vor eine traurige. Sind doch alle Zulagen, Beihilfen und sonstigen Vergünstigungen nur gering im Verhältnis zu der riesigen Geldentwertung und damit der Unzulänglichkeit der nach Friedenswerten berechneten Renten. Beispielsweise ist der Durchschnittsbetrag einer Invalidenrente an sich etwa 18 ℳ monatlich. Dazu kommen die 30 ℳ Zulage auf Grund des Gesetzes vom 20. Mai 1920 und die 40 ℳ außerordentliche Beihilfe auf Grund des Gesetzes vom 26. Dezember 1920, so daß der Invalidenrentenempfänger noch nicht einmal 90 ℳ im Monat erhält. Eine Altersrente beträgt an sich rund 15 ℳ im Monat. Es kommen also mit der Zulage und Beihilfe erst etwa 85 ℳ im Monat heraus. Noch schlimmer ist das bei den Hinterbliebenenrenten. Eine Witwenrente, die bekanntlich nur an die erwerbsunfähigen Witwen gezahlt wird, beträgt an sich rund 7 (sieben) ℳ im Monat. Auf Grund des Gesetzes vom 20. Mai 1920 wird eine Zulage von 15 ℳ und auf Grund des Gesetzes vom 26. Dezember 1920 eine Beihilfe von 40 ℳ gewährt, was zusammen erst 62 ℳ im Monat ausmacht. Am ungünstigsten sind die Waisenrenten ausgestattet. Eine solche beträgt nach der Reichsversicherungsordnung zur Zeit 3,50 ℳ (Drei Mark 50 ₰) monatlich. Dazu kommt eine Zulage von 10 ℳ und eine außerordentliche Beihilfe von 20 ℳ, so daß zusammen 33,50 ℳ im Monat herauskommen. Nicht besser steht es mit den Unfallrentenempfängern. Nach der Verordnung vom 5. Mai 1920 wird nur Verletzten, die auf Grund der reichsgesetzlichen Unfallversicherung eine Rente von 50 v. H. oder mehr der Vollrente aus Anlaß von Unfällen beziehen, die sich vor dem 1. Februar 1920 ereignet haben, eine Zulage gewährt. Diese beträgt, je nach dem Jahre der Festsetzung der Rente und verschieden nach der landwirtschaftlichen oder gewerblichen Unfallversicherung, 110 bis herab zu 40 v. H. des Monatsbetrags der laufenden Rente. Ein gewerblicher Arbeiter, der z. B. im Jahre 1913 einen Betriebsunfall erlitt und mit seinem Jahresarbeitsverdienst von 1500 ℳ eine Vollrente von 1000 ℳ erhielt, bekommt eine Zulage von 70 v. H., so daß er — bei noch bestehender völliger Erwerbsunfähigkeit — nunmehr eine Rente von 1700 ℳ jährlich bezieht! Die Witwen und Kinder, die auf Grund der reichsgesetzlichen Unfallversicherung eine Hinterbliebenenrente beziehen, erhalten, wenn sich der Unfall vor dem 1. Januar 1920 ereignet hat, geringere Zulagen, und zwar von 80 bis herab zu 20 v. H. des Monatsbetrags der

Digitized by Google

laufenden Rente. Eine Witwe, die ihren Ehemann, einen gewerblichen Arbeiter, im Jahre 1903 verlor, und die bei einem Jahresarbeitsverdienst des Mannes von 1200 ℳ eine Witwenrente von 240 ℳ bezog, erhält nunmehr eine Zulage von 40 v. H., also von 96 ℳ, so daß sie eine Jahresrente von 336 ℳ bezieht. Diese Renten einschließlich der Zulagen vermindern sich, wenn mehr als drei Familienangehörige vorhanden sind, da für eine Familie nicht mehr als 60 v. H. des Jahresarbeitsverdienstes an Renten gezahlt werden dürfen und sodann entsprechende Kürzungen der einzelnen Renten eintreten. Soweit in der Angestelltenversicherung schon Renten gezahlt werden, sind sie bei den seit Geltung des Gesetzes zurückgelegten kurzen Wartezeiten nicht viel höher als in der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung. Beispielsweise beträgt ein „Ruhegeld" (vgl. den Geschäftsbericht der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte für 1919 S. 21) nur erst etwa 185 ℳ und eine Hinterbliebenenrente 110 ℳ durchschnittlich jährlich. Trotzdem hat man für Empfänger von Renten aus der Angestelltenversicherung bislang Teuerungszulagen überhaupt noch nicht eingeführt. Mit all diesen Bezügen kann der Lebensunterhalt gegenwärtig selbstverständlich nicht annähernd bestritten werden.

Nicht minder groß ist die Not der sogenannten Kleinkapitalrentner. Wer früher ein kleines Kapital von etwa 50 000 ℳ hatte, konnte bei bescheidener Lebenshaltung mit dem Zinsenertrag ganz gut auskommen. Anders heute! Er müßte, auch jetzt nach dem Reichsnotopfer, noch ein Vermögen von einer halben Million haben, wenn er nach Abzug der Kapitalertragssteuer, unter Berücksichtigung der Reichseinkommensteuer usw. noch ein „reines" Einkommen von etwa 18 000 ℳ jährlich haben wollte. Er kann damit noch nicht soviel Lebensbedürfnisse decken, wie vor dem Kriege mit 2000 ℳ und wird sich sehr einschränken müssen. Wieviel Glückliche mit einer halben Million Mark Vermögen haben wir aber? Ihre Zahl wird äußerst gering sein. Sofern die Leute, die von ihren Zinsenerträgnissen leben wollen und das nicht können, noch arbeits- und erwerbsfähig sind, wird man von ihnen verlangen können, daß sie einem Beruf und Erwerb nachgehen. In der Zeit allgemeiner Volksnot, in der uns nur gesteigerte Gütererzeugung, also Arbeit, helfen kann, muß man von jedem körperlich leistungsfähigen Staatsbürger verlangen, daß er nicht die Hände in den Schoß legt, sondern nach Kräften mithilft an der Hebung unserer wirtschaftlichen Lage.

Anders natürlich, wenn er infolge von Krankheit oder hohen Alters erwerbsbeschränkt oder erwerbsunfähig ist. Er ist dann zweifellos unseres Mitgefühls wert und bedarf unserer Hilfe. Außerordentlich groß ist die Zahl derer, die in einem langen arbeitsreichen Leben sich ein kleines Vermögen unter allerlei Entbehrungen erspart haben und vorsorglich ersparen mußten, weil sie keinerlei Pensions- oder Versicherungsansprüche haben, die ihnen ermöglichen würden, ihren Lebensabend ohne fremde Fürsorge zu beschließen. Solche Vorsorge verdient Achtung, und es ist ein hartes Schicksal, wenn diese Leute jetzt durch die Geldentwertung um die Früchte ihrer Lebensmühe getäuscht sind. Es handelt sich hier vorzugsweise um Angestellte, Geschäftsleute, Handwerker, kleine landwirtschaftliche Unternehmer usw. In den gesetzgebenden Stellen, z. B. im sozialpolitischen Ausschuß des Reichstages, hat man sich auch schon mit der Not dieser Kleinrentner beschäftigt. Doch ist für sie bislang so gut wie nichts geschehen. Eine kleine Vergünstigung beim Reichsnotopfer ist wohl das einzige.

Diese ganz unzulängliche Hilfe durch die Reichs- und Landesgesetzgebung hat nun die Stadtverwaltungen veranlaßt, sich mit der Angelegenheit zu beschäftigen. Sind sie doch jene Stellen, die unmittelbar mit den Hilfsbedürftigen in Berührung kommen und die zur Hilfe berufen sind, wenn andere Fürsorge ausbleibt. So kam es, daß von der Geschäftsführung des Deutschen Städtetages beim Fachausschuß für Städtisches Fürsorge-

Digitized by Google

wesen des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge angeregt worden war, die in zahlreichen Stadtverwaltungen aufgeworfene Frage der Gewährung von Ausgleichsunterstützungen an Sozialversicherungsrentner und Kapitalkleinrentner zur Erörterung zu stellen. Es fand daraufhin am 16. Dezember v. J. eine Versammlung von Fachleuten und Sozialpolitikern statt. Den Verhandlungen ist folgendes zu entnehmen:

Der Berichterstatter, Stadtrat Dr. Heimerich-Nürnberg*), beleuchtete zunächst die Größe des ganzen Problems, indem er an der Hand statistischer Unterlagen nachwies, daß insgesamt rund 4 Millionen Sozialversicherungsrentner in Betracht kommen, wozu nach ganz roher Schätzung noch etwa 500 000 Kapitalkleinrentner treten. Es erhebt sich die Frage, wovon denn eigentlich die Leute mit den unzulänglichen Renten leben? Nach einer in Nürnberg durchgeführten Erhebung werden von 13 500 Rentnern nur 530 durch die Armenpflege versorgt, 192 befanden sich bis zum 1. April 1920 in der Kriegswohlfahrtspflege. Insgesamt werden in sämtlichen Fürsorgezweigen schätzungsweise 1500 Rentner unterstützt, also 11 v. H. Fast neun Zehntel der Sozialrentner helfen sich also auf andere Weise durch. Auch bei den Kapitalkleinrentnern sind die Verhältnisse ganz verschiedenartig gelagert. Ihre Hilfsbedürftigkeit ist von der Höhe des Kapitalbesitzes, dem Alter, der Zahl der von ihnen zu versorgenden Familienangehörigen und der Verwertbarkeit einer etwa noch vorhandenen Arbeitskraft abhängig. Es fragt sich, was bei diesen durchaus ungleichartigen Verhältnissen geschehen soll. Hinsichtlich der Versicherungsrentner ist folgendes zu beachten. Jede Erhöhung der Renten und jede Beihilfe erfordert bei der großen Zahl der Rentner ganz gewaltige Mittel. Es ist auch sorgfältig zu prüfen, wie weitere Erhöhungen auf das Wirtschaftsleben wirken. Eine durchgreifende allgemeine Erhöhung der Sozialversicherungsrenten im Augenblick würde eine Verschleuderung von Mitteln bedeuten, da sich zweifellos ein nicht unerheblicher Teil der Rentner ohne eine solche durchgreifende Erhöhung durchbringen kann (s. obige Nürnberger Statistik). Es kann sich also zur Zeit nur um Notmaßnahmen für die besonders Bedürftigen handeln. Der Berichterstatter vertrat den Standpunkt, daß diese Notmaßnahmen schon aus allgemeinen sozialen Gründen außerhalb des Rahmens der Armenpflege zu treffen sind. Die Armenpflege soll und muß der äußerste Notbehelf bleiben, von dem die hier in Betracht kommenden breiten Schichten möglichst ferngehalten werden sollten. Zu empfehlen wäre als eine vorübergehende Notstandsmaßnahme für die Zeit, in der die augenblickliche Hilfsbedürftigkeit der Versicherten als eine unmittelbare Kriegsfolge anzusehen ist, ein Wiederaufleben der Kriegswohlfahrtspflege, und zwar sowohl hinsichtlich der Organisation wie auch der Behandlung der einzelnen Fälle und der Lastenverteilung (Drittelung zwischen Reich, Staat und Gemeinde).

*) Zu vgl. auch Heimerich in „Soziale Praxis“ v. 26. 1. 20 Sp. 95 ff.

Was die Kapitalkleinrentner anbetrifft, so ist der von der Bayerischen Organisation der Kapitalkleinrentner erhobene Anspruch auf Erhaltung des Kapitals und Auffüllung der Renten aus öffentlichen Mitteln auf das Existenzminimum abzulehnen. Zu erwägen sind folgende Maßnahmen.

a) Der Kleinrentner schließt mit der Stadt unter Übergabe seines Vermögens einen Leibrentenvertrag ab. Die Stadt verzichtet auf jeglichen Unternehmergewinn und auf Ersatz ihrer Verwaltungsunkosten und garantiert dem Rentner eine auf Grund der Versicherungsrechnung nach seinem Alter und der Größe seines Vermögens zu bestimmende Leibrente. Bei einem frühzeitigen Tode des Leibrentenempfängers verbleibt ein etwa noch vorhandener Vermögensrest der Stadt und wird von ihr dazu verwendet, Verluste, die durch die länger lebenden Leibrentenempfänger erwachsen, auszugleichen oder, wenn dies nicht der Fall ist, die noch laufenden Leibrenten zu erhöhen.

b) Der Kapitalkleinrentner übergibt sein Vermögen der Gemeinde zur Verwaltung. Diese sorgt für sichere Anlage und ordnungsgemäße Verwaltung des Vermögens, macht für den Kleinrentner durch die städtische Rechtsauskunftsstelle alle erforderlichen Gesuche auf Steuerbefreiung, Steuerermäßigung u. dgl. und zahlt dem Rentner seine Zinsen aus. Reichen die Zinsen für den Lebensbedarf des Rentners nicht hin, so muß er auch von dem Kapital einen von Zeit zu Zeit näher zu vereinbarenden Betrag erhalten. In besonderen Fällen kommt in Betracht, daß auch die Gemeinde aus öffentlichen Mitteln noch einen Zuschuß leistet. Nach dem Tode des Rentners wird den Erben Abrechnung erstattet, wobei die Gemeinde berechtigt ist, von dem noch vorhandenen Vermögen die aus städtischen Mitteln geleisteten Zuzahlungen in Abzug zu bringen.

An allgemeinen Maßnahmen empfiehlt Heimerich noch: Hingabe von Darlehen gegen Verpfändung des Mobiliars. Gründung von Altersheimen für Mittelstandsangehörige (in die man sich, wie es in vielen Orten üblich ist, einkaufen kann), Ausbau einer Arbeitsfürsorge, die es den Kapitalkleinrentnern ermöglicht, die ihnen noch verbliebene Arbeitskraft zu verwerten.

Die anschließende Aussprache ergab eine allgemeine Übereinstimmung dahin, daß allgemeine Maßnahmen zur Zeit nicht in Betracht kommen können, sondern daß in jedem Fall eine besondere Behandlung einsetzen muß. Die Versorgung der Sozialrentner außerhalb der Armenpflege, wie sie der Berichterstatter Heimerich vorgeschlagen hatte, wurde von der überwiegenden Mehrzahl der Redner verworfen, wobei insbesondere folgende Gründe geltend gemacht wurden:

a) Die beantragte Sonderstellung bedeutet eine Ungerechtigkeit gegen die in der Armenpflege Verbleibenden. Für dauernd hilfsbedürftige Sozialrentner kann ebenso wie vor dem Kriege nur die Armenpflege in Betracht kommen. Vorübergehend Hilfsbedürftigen kann aus Stiftungsmitteln geholfen werden.

b) Wenn immer neue Gruppen aus der Armenpflege herausgenommen werden, so wird damit der Gesamtentwicklung des Armenwesens kein guter Dienst geleistet. Das Hauptaugenmerk ist vielmehr auf eine soziale Ausgestaltung der Armenpflege zu richten. Durch eine Sonderstellung immer neuer Gruppen wird eine solche Reform aber direkt unmöglich gemacht.

Digitized by Google

c) Die Schaffung neuer Stellen erschwert die einheitliche Organisation der städtischen Fürsorge. Zusammenfassung aller Sonderzweige der Fürsorge zu einer einheitlichen Wohlfahrtspflege muß das zu erstrebende Ziel sein.

d) Es ist abwegig, die Kriegswohlfahrtspflege wieder aufleben zu lassen, da diese in der Hauptsache eine politische Maßnahme war. Auch ist zu bedenken, daß die Hilfsbedürftigkeit nicht nur der Versicherungsrentner, sondern auch vieler Armenpfleglinge als Kriegsfolge zu betrachten ist.

e) Es liegen keinerlei Gründe vor, bei der Unterstützung der Sozialrentner den umgekehrten Weg zu gehen wie bei der sozialen Kriegsbeschädigten- und Kriegshinterbliebenenfürsorge, aus deren Mitteln nur Unterstützungen für besondere Fälle, aber keine laufenden Unterstützungen gegeben werden dürfen. Die dauernd hilfsbedürftigen Sozialrentner müssen aus Mitteln der Armenpflege versorgt werden.

Der den Verhandlungen beiwohnende Vorsitzende des „Zentralverbandes der Invaliden und Witwen Deutschlands" bezeichnete die Fürsorge für die Sozialversicherungsrentner nicht in erster Linie als eine Frage der Geldunterstützung, sondern als eine Frage der Erwerbsbefähigung und Arbeitsbeschaffung. Der Zentralverband setzt sich zum Ziel, im Wege der Selbsthilfe neue Erwerbsmöglichkeiten zu schaffen, und erwartet hierfür Verständnis und Unterstützung von den beteiligten Behörden.

Zusammenfassend ist zu sagen, daß Übereinstimmung nach folgenden Richtungen erzielt wurde: 1. Allgemeine Maßnahmen können zur Zeit zur Behebung der Notlage der Sozialversicherungsrentner nicht in Betracht kommen, sondern es ist immer nach der besonderen Lage des Einzelfalles vorzugehen. 2. Außerhalb der Armenpflege kann eine gemeindliche Sonderfürsorge für Sozialversicherungsrentner nur dann in Erwägung gezogen werden, wenn Reich und Länder sich an der Lastendeckung entsprechend beteiligen. 3. Die Vorschläge des Berichterstatters hinsichtlich der Fürsorge für die Kapitalkleinrentner werden gebilligt. —

Persönlich möchte ich mich der grundsätzlichen Ansicht Heimerichs anschließen, daß nämlich die Fürsorge, und zwar auch die für die Sozialrentner, außerhalb der Armenpflege stattfinden müßte. Die Armenpflege hat auch heute noch etwas Verletzendes und Entwürdigendes an sich, und die Versicherten, die für den Fall der Invalidität und des Alters vorgesorgt haben, verdienen eine solche Behandlung nicht. Es ist nicht ihre Schuld, wenn die Renten jetzt unzulänglich sind. Der Einwand, daß der Umbau der Armenpflege verzögert wird, wenn bestimmte Gruppen von Hilfsbedürftigen herausgegriffen werden, ist auch nicht stichhaltig. Es wird die gegenteilige Wirkung eintreten. Wenn freilich mit der Hilfe solange gewartet werden soll, bis eine neue Fürsorgeeinrichtung für die Sozialrentner geschaffen ist, werden viele von ihnen zugrunde gegangen sein. Da die so dringend nötige schnelle Hilfe doppelte Hilfe ist, würde es freilich am besten sein, den Sozialrentnern zunächst aus der Armenfürsorge zu helfen (wobei ja besondere Rücksichten und Vergünstigungen beachtet werden können) und eine besondere Hilfsaktion für diese Hilfsbedürftigen vorzubereiten und in die Wege zu leiten. Die Hauptsache ist, daß überhaupt recht bald etwas geschieht. Die oben wiedergegebene Nürnberger Statistik, nach der nur ein ganz kleiner Teil der Sozialrentner die Armenpflege in Anspruch genommen hat, ist kein Beweis dafür, daß sie eine solche Fürsorge nicht notwendig haben. Nur die heutige Form der Armenfürsorge mit ihren schwerfälligen und abstoßenden Einrichtungen wird die Rentenempfänger abgehalten haben, sich ihrer zu bedienen. Hier ist zunächst einzusetzen und zu verbessern.

Sozialversicherung oder Sozialversorgung?

Von Fritz Langer, Obersekretär bei der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte in Berlin.

Die ersten ernsthaften Erörterungen über eine organisierte Fürsorge für Krankheit, Unfall und Invalidität der Arbeiter fanden bei der Beratung der Gewerbeordnung im Norddeutschen Reichstag 1868 und 1869 statt, nachdem schon vorher von wissenschaftlicher Seite entsprechende Vorschläge vorlagen. Die Verwirklichung des Gedankens begann aber erst mit der Kaiserlichen Botschaft vom 17. November 1881, in welcher dem deutschen Reichstage angekündigt wurde, daß die Regierung Gesetzentwürfe vorzulegen beabsichtige, um die Arbeiter gegen die Unfallschäden und die Erwerbslosigkeit in Krankheitsfällen zu schützen, und in der weiter darauf hingewiesen wurde, daß auch

Digitized by Google

diejenigen, welche durch Alter oder Invalidität erwerbsunfähig werden, der Gesamtheit gegenüber einen begründeten Anspruch auf ein höheres Maß staatlicher Fürsorge haben.

Die soziale Fürsorge wurde auf dem Versicherungsprinzip aufgebaut, und es entstanden nacheinander die Gesetze über die Krankenversicherung, die Unfallversicherung und die Invaliditäts- und Altersversicherung. Dazu kam im Laufe der Jahre eine solche Anzahl von Abänderungsgesetzen, Novellen und Verordnungen, und es zeigten sich im einzelnen immer wieder Unvollkommenheiten und Mängel, so daß an eine Verbesserung, Vereinheitlichung und Vereinfachung der viel zu verwickelten, zersplitterten und unübersichtlichen Organisation der sozialen Versicherungen gedacht werden mußte. Das Ergebnis dieser Bestrebungen war die Reichsversicherungsordnung vom 19. Juli 1911, die eine Zusammenfassung der einzelnen sozialen Versicherungsgesetze darstellt. Diese Zusammenfassung wurde jedoch bereits wieder durch die Schaffung des vielumstrittenen Versicherungsgesetzes für Angestellte vom 20. Dezember 1911 durchbrochen.

Die Reichsversicherungsordnung und das Versicherungsgesetz für Angestellte weisen zusammen 2204 Paragraphen auf. Zur Durchführung der Angestelltenversicherung war es dabei von vornherein wieder in einer großen Anzahl von Fällen dem Reichskanzler, dem Bundesrat, der Reichsversicherungsanstalt sowie den Landeszentralbehörden überlassen, ergänzende Bestimmungen zu treffen, von welcher Befugnis in umfangreichstem Maße Gebrauch gemacht worden ist.

Hatte also die soziale Gesetzgebung schon vor dem Kriege einen Umfang, daß sich kaum der Fachmann, viel weniger noch der Laie darin zurechtfand, so haben die unzähligen Verordnungen und Ergänzungsgesetze während des Krieges und nach der Revolution die soziale Versicherungsgesetzgebung völlig unübersichtlich gemacht. Die Reichsregierung will daher abermals eine Vereinheitlichung und Vereinfachung der Sozialversicherung durch die Schaffung eines klaren, leichtverständlichen, alle Zweige der Sozialversicherung umfassenden Gesetzes herbeiführen. Das Reichsarbeitsministerium beabsichtigt, demnächst eine Druckschrift über die Grundzüge der deutschen Sozialversicherung herauszugeben, in der die übereinstimmenden und die abweichenden Vorschriften gegenübergestellt sind, ohne aber selbst zur Bewährung dieser Vorschriften ausdrücklich Stellung zu nehmen, da vor allem lediglich die technische Möglichkeit einer Vereinheitlichung und Vereinfachung der Sozialversicherung vor Augen geführt werden soll.

Die Neuordnung der Sozialversicherung ist aber auch allein schon in Anbetracht der allgemeinen Wirtschaftslage erforderlich, da die Leistungen sich der raschen Entwertung des Geldes nicht anpassen konnten. Insonderheit ist dies bei der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung der Fall. Schon vor dem Kriege waren die von ihr gewährten Renten nicht ausreichend. So bezogen z. B. in Berlin 1909 von 15 799 männlichen Invalidenrentnern 2530 Armenunterstützungen, von 1758 Altersrentnern 8 v. H. und von 445 Altersrentnern 18,7 v. H. Obwohl infolge der heutigen Teuerung eine an sich beträchtliche Erhöhung der Renten durch Zulagen stattgefunden hat, reichen sie jetzt noch weniger aus. Die Versicherungsanstalten selbst sind aber durch die erhöhten Ausgaben ohne entsprechende Beitragsdeckungen in finanzielle Schwierigkeiten geraten. In der Angestelltenversicherung sind die Leistungen, abgesehen von einem großzügigen Heilverfahren, noch nicht besonders in Erscheinung getreten. Die bisher von ihr gewährten wenigen Hinterbliebenenrenten sind äußerst geringfügig.

Die Durchführung der beiden wesensgleichen Versicherungen erfordert dabei aber sehr große Verwaltungsausgaben. Es ist anzunehmen, daß die von der Reichsregierung geplante Neuordnung der Sozialversicherung wohl einige Bewegung in die formerstarrte Materie bringen, sich aber auf eine Vereinheitlichung des Spruchverfahrens und ähnliche Änderungen beschränken, nicht aber den

Digitized by Google

Grundgedanken der Versicherung ändern wird. Wenn auch der bisherige Wert der Sozialversicherung, insbesondere für die Volksgesundheit, voll anerkannt wird, so hat doch gerade das Versicherungsprinzip große Mängel aufzuweisen, die bei der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung und bei der Angestelltenversicherung besonders hervortreten.

Zunächst ist es die bureaukratische Umständlichkeit und die Schwerverständlichkeit der beiden Gesetze, die das Volkstümlichwerden verhindert oder zum mindesten sehr erschwert haben. Man wird dies darauf zurückführen können, daß bei der Schaffung der Gesetze die Juristen und Mathematiker ausschlaggebend gewesen sind. So sagte z. B. der Abgeordnete Trimborn bei der Beratung des Angestelltenversicherungsgesetzes in der Reichstagssitzung vom 20. Oktober 1911: „Leider hat bei diesen Gesetzen nicht das warmfühlende Herz des sozialpolitischen Gesetzgebers das entscheidende Wort, sondern die kalte, gefühllose Mathematik." Und Regierungsrat Kloock, welcher jahrelang der buchungstechnischen Abteilung der Angestelltenversicherung vorgestanden hat, spricht sich in seiner Schrift „Zur Reform der Angestelltenversicherung und der übrigen Sozialversicherung" dahin aus: „Weiter ist es notwendig, daß aus der Reichsversicherungsordnung und dem Versicherungsgesetz für Angestellte alle juristischen und sonstigen Spitzfindigkeiten beseitigt werden. Die sozialen Versicherungsgesetze sollen und dürfen nicht der Spielplatz für juristische Auslegungskünste sein; sie sollen so einfach und klar sein, daß in ihren Verwaltungsorganen für die Mitwirkung von Juristen kein Bedürfnis bestehen darf."

Im übrigen sind einzelne grundlegende Bestimmungen der beiden Versicherungen vom sozialen Standpunkt aus höchst anfechtbar. Da die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung und die Angestelltenversicherung nur bestimmte Personengruppen umfassen, so sind große Teile der Bevölkerung ausgeschlossen, denn ein freiwilliger Eintritt in die Invalidenversicherung ist an bestimmte Voraussetzungen gebunden und bei der Angestelltenversicherung ausgeschlossen. Beide Versicherungen erfüllen also von vornherein nicht die so überaus notwendige Aufgabe, möglichst allen Staatsbürgern im Falle der Hilfsbedürftigkeit infolge von Invalidität oder des Alters eine Rente zu gewähren.

Ein großer Mangel besteht weiter darin, daß sich im Versicherungsfalle die Rentengewährung an die Erfüllung von sehr langen Wartezeiten und an die Aufrechterhaltung der Anwartschaft knüpft. Bei der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung dauert die Wartezeit für die Invalidenrente und die Hinterbliebenenfürsorge, wenn für den Versicherten auf Grund der Versicherungspflicht mindestens 100 Beiträge geleistet worden sind, 200, andernfalls 500 Beitragswochen; für die Altersrente beträgt die Wartezeit 1200 Beitragswochen. Die Anwartschaft erlischt, wenn während zweier Jahre nach dem auf der Quittungskarte verzeichneten Ausstellungstag weniger als 20 Wochenbeiträge auf Grund der Versicherungspflicht oder der Weiterversicherung entrichtet worden sind. Bei der Selbstversicherung und ihrer Fortsetzung müssen zur Aufrechterhaltung der Anwartschaft innerhalb dieser Frist sogar 40 Beiträge entrichtet worden sein, außer, wenn bereits 60 Beiträge auf Grund der Versicherungspflicht geleistet worden sind. Bei der Angestelltenversicherung beträgt die Wartezeit beim Ruhegeld für männliche Versicherte 120 Beitragsmonate, für weibliche Versicherte 60 Beitragsmonate. Sind weniger als 60 Beitragsmonate auf Grund einer versicherungspflichtigen Beschäftigung nachgewiesen, so beträgt die Wartezeit beim Ruhegeld für männliche Versicherte 150, für weibliche Versicherte 90 Beitragsmonate. Bei den Hinterbliebenenrenten dauert die Wartezeit 120 Beitragsmonate, und zwar auch bei den weiblichen Versicherten. Sind weniger als 60 Beitragsmonate auf Grund der Versicherungspflicht nachgewiesen, so beträgt die Wartezeit 150 Beitragsmonate. In den ersten 10 Jahren nach Inkrafttreten des Ge-

Digitized by Google

setzes genügt zur Erfüllung der Wartezeit bei den Hinterbliebenenrenten das Zurücklegen von 60 Beitragsmonaten auf Grund der Versicherungspflicht. Zur Aufrechterhaltung der Anwartschaft ist erforderlich, daß der Versicherte innerhalb der vollen 10 Kalenderjahre in welchem der erste Beitragsmonat zurückgelegt wurde, mindestens acht und nach dieser Zeit mindestens vier Monatsbeiträge oder eine Anerkennungsgebühr in jedem Kalenderjahre entrichtet hat.

Es kann sich mit dem sozialen Empfinden nicht vereinbaren, daß Versicherte, die diese Bedingungen nicht erfüllt haben, nunmehr des Rentenanspruchs verlustig gehen und der Armenfürsorge zur Last fallen sollen. Gerade bei jungen Leuten wird infolge des Umsichgreifens der Tuberkulose und anderer verheerender Volkskrankheiten der Versicherungsfall sehr oft schon früher eintreten. Diese Hilfsbedürftigsten gehen dann leer aus.

Da die offenkundigen Unvollkommenheiten beiden Versicherungen gleichmäßig anhaften, so kann es mit einer Verschmelzung, wie sie schon von verschiedenen Seiten seit Jahren gefordert wird, allein nicht getan sein, sondern man wird völlig andere Wege einschlagen müssen. Es empfiehlt sich zu prüfen, ob die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung und die Angestelltenversicherung nicht abgeschafft und durch eine allgemeine Invaliden-, Alters- und Hinterbliebenen **versorgung** ersetzt werden können, da die Hilflosigkeit des Alters und die vorzeitige Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit im Gefolge von Krankheit alle Menschen bedroht.

Wenn aber die allgemeine Invaliden-, Alters- und Hinterbliebenenversorgung im Bedarfsfalle für jeden Staatsbürger eintreten soll, so ist es Voraussetzung, daß auch die Volksgesamtheit die Kosten trägt. Man wird dieses dadurch erreichen, daß die Gesamtausgaben des abgelaufenen Rechnungsjahres prozentual auf die Steuern umgelegt und mit ihnen eingezogen werden. — Hiernach wird vorgeschlagen:

1. Die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung und die Angestelltenversicherung werden beseitigt und dafür eine allgemeine Invaliden-, Alters- und Hinterbliebenenversorgung geschaffen.
2. Die Mittel werden im Wege des Umlageverfahrens aufgebracht. Die Verteilung erfolgt prozentual nach der Höhe der Steuer und wird mit dieser eingezogen.
3. Die Rente richtet sich nach einer Einkommensgrenze, welche bei Veränderung der Wirtschaftslage bzw. jedes Jahr neu festgesetzt wird. Bei steigendem Einkommen setzt eine prozentuale Kürzung bis zum völligen Ruhen ein. Für die Rentenbemessung sind der Familienstand und Wohnort des Versorgungsberechtigten zu berücksichtigen.

Ein Umbau nach den vorstehenden Grundsätzen könnte ohne besondere Schwierigkeiten sofort durchgeführt werden. Mit einem Schlage würden große Verwaltungsapparate verschwinden, in welchen zum Teil trotz aller inneren Organisationen und aller Anstrengungen der Beamten eine glatte Abwicklung des Geschäftsbetriebes nicht erreicht wird. Vor allen Dingen würde aber dem gesamten deutschen Volke eine soziale Fürsorge geboten, deren es gerade heute besonders bedarf.

In die allgemeine Versorgung wäre gegebenenfalls auch die Unfallversicherung einzubeziehen. Wie weit die Krankenversicherung in eine allgemeine Krankenversorgung umgestaltet werden kann, ist dagegen eine schwierige Frage. Es dürfte dabei mit auf die Erfahrungen ankommen, die sich bei Einführung der oben vorgeschlagenen Neuordnung ergeben würden.

Digitized by Google

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Krankenversicherungspflicht der russischen Kriegsgefangenen.

Bescheid des **Reichsarbeitsministers** v. 4. Dez. 1920.

Zu der Frage der Krankenversicherungspflicht der bisherigen russischen Kriegsgefangenen hat sich das Auswärtige Amt, mit dem ich dieserhalb in Verbindung getreten war, wie folgt geäußert: Nach der bisherigen Übung waren die Kriegs- und Zivilgefangenen in Deutschland der Versicherungspflicht nicht unterworfen, weil sie in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht als unfrei galten. Diese Voraussetzung erscheint aber bei den zur Zeit noch in Deutschland befindlichen Kriegs- und Zivilgefangenen nicht mehr gegeben. Ihnen gegenüber ist jetzt die Internierungspflicht des Rehmestaates weggefallen. Ihre Kontrolle ist nicht mehr militärischer, sondern überwiegend polizeilicher Art. Soweit sie unter das Abkommen zwischen dem Deutschen Reiche und der russischen Sowjetrepublik über die Heimschaffung der beiderseitigen Kriegsgefangenen und Zivilinternierten vom 19. 4. 20 (RGBl. S. 1183) fallen, haben sie einen Anspruch auf Heimbeförderung. Daran vermag auch die zeitweilige Unmöglichkeit der Heimschaffung nichts zu ändern. Jedenfalls ist ihnen im wesentlichen das Recht der Freizügigkeit gewährt. Sie vermögen selbständig rechtswirksame Arbeitsverträge abzuschließen. Hinsichtlich der Lohn- und Arbeitsbedingungen sind sie den deutschen Arbeitern gleichgestellt. Hiernach dürften auf diesen Personenkreis, ebenso wie auf andere freie Arbeiter, die deutschen Arbeiterversicherungsgesetze anzuwenden sein. Auch das Reichsversicherungsamt hält es, vorbehaltlich instanzieller Entscheidung — im Hinblick auf die nach der Äußerung des Auswärtigen Amtes eingetretene Änderung der Verhältnisse — für angängig, die Versicherungspflicht der in Rede stehenden Personen als nunmehr freie Arbeiter zu bejahen.

Wochengeld bei Beschränkung der Ansprüche gemäß § 215 Abs. 2 RVO.

Bescheid des **Reichsarbeitsministers** vom 15. November 1920 (II A. 7767).

Über die Frage der Zahlung des Wochengeldes an versicherungsberechtigte Wöchnerinnen, die in ihren Ansprüchen auf Kassenleistungen gemäß § 215 Abs. 2 RVO. beschränkt sind, hat sich das Reichsversicherungsamt vorbehaltlich instanzieller Entscheidung wie folgt geäußert:

„Für die nach § 176 RVO. der Kasse freiwillig Beigetretenen — nicht auch für die nach § 313 a.a.O. Weiterversicherten (zu vgl. Entsch. 1791, Amtl. Nachr. des RVA. 1913 S. 833) — kann die Satzung auf Grund des § 215 Abs. 2 RVO. die ›Kassenleistungen‹ entweder auf die im Abs. 1 dieser Vorschrift bezeichneten Sachleistungen an Krankenhilfe oder auf das Krankengeld beschränken. Zugelassen ist hiernach bei entsprechender Beitragsermäßigung (§ 215 Abs. 3) eine Einschränkung der gesamten Kassenleistungen, nicht etwa bloß der Krankenhilfe. Die vorerwähnte satzungsmäßige Beschränkung der Leistungspflicht hat demnach für die genannten Versicherungsberechtigten den Ausschluß von dem Bezug der sonstigen Kassenleistungen zur Folge. Somit dürfte in diesem Falle den nach § 176 versicherten Wöchnerinnen auch ein Anspruch auf Wochengeld nach § 195a nicht zustehen (übereinstimmend Hoffmann, ArbVers. 1919 S. 646 Sp. 1 und in den Erläuterungen zum Gesetze vom 26. September 1919 S. 15, Müller, ArbVers. 1919 S. 704 Sp. 1, ferner Arbeiter-Versorgung 1919 S. 678 Ziff. 3). Dies ist auch bei Anwendung des früheren § 195 RVO. angenommen worden (vgl. Arbeiter-Versorgung 1915 S. 479 Ziff. 6 und 1916 S. 814 Ziff. 4). Die gegenteilige Ansicht würde nur dann begründet sein, wenn durch die Neuregelung der Wochenhilfe, insbesondere den an Stelle des früheren § 195 getretenen § 195a, die Einschränkungen, die der § 215 hinsichtlich der Ansprüche freiwillig beigetretener Versicherter zugelassen hat, beseitigt worden wären. Für diese Annahme bieten die neuen Vorschriften indessen keine hinreichende Grundlage. Als eine Sonderbestimmung bleibt der § 215 neben den neuen Gesetzen bestehen (vgl. insbesondere Müller a.a.O.). Die Fassung des § 195a, insbesondere die Bestimmung eines Mindestbetrages für das Wochengeld, steht dem Ausschluß der vorerwähnten Ansprüche nicht entgegen. Weder der Wortlaut der Vorschrift noch die Festsetzung des Mindestbetrages geben entgegen der insbesondere von Jaeger (Kommentar zur RVO. und zum Gesetz vom 22. Mai 1920, Anmerkung 19 S. 36) vertretenen Auffassung ohne weiteres zu erkennen, daß dieser Mindestbetrag in allen Fällen zu zahlen ist und auch den in ihren Ansprüchen beschränkten freiwilligen Versicherten zusteht. Der § 195a setzt vielmehr das Bestehen an sich unbeschränkter Leistungsansprüche voraus. Steht hiernach den erwähnten versicherungsberechtigten Wöchnerinnen ein Anspruch auf Wochenhilfe nach § 195a nicht zu, so ist doch andererseits zu beachten, daß sie diese Leistung gegebenenfalls als Angehörige eines Versicherten nach § 205a RVO. in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Mai 1920 erhalten können, in dessen Person der Anspruch auf Familienhilfe entsteht (zu vgl. Revisionsentsch. 2472, Amtl. Nachr. des RVA. 1918 S. 424). Sie haben als Minderbemittelte unter Umständen auch Anspruch auf die Wochenfürsorge nach § 17 ff. dieses Gesetzes.“

Das Reichsarbeitsministerium ist dieser Auffassung beigetreten.

Digitized by Google

Antragsberechtigung hinsichtlich der Wochenhilfeleistungen aus § 195b Abs. 3 RVO.

Bescheid des Reichsarbeitsministers vom 17. Dezember 1920 (II A. 8131).

Auf eine Anfrage mit Bezug auf die Abhandlung des Herrn Wirklichen Geheimen Ober-Regierungsrats Dr. Hoffmann in ArbVers. 1920 S. 285 Ziff. 6 hat der Herr Reichsarbeitsminister sich wie folgt ausgesprochen:

Die Entscheidung der aufgeworfenen Frage würde gegebenenfalls im Instanzenwege zu erfolgen haben. Mit dem hiernach erst erforderlichen Vorbehalt möchte ich annehmen, daß die Absicht des Antragstellers bei Einbringung der Vorschrift des nunmehrigen § 195b Abs. 3 RVO. kaum dahin gegangen sein dürfte, den Anspruch des den Unterhalt des Kindes Besorgenden von einer vorgängigen Antragstellung der Wöchnerin selbst abhängig zu machen. Gegen eine solche Annahme spricht schon der Umstand, daß der Anspruch auch da gegeben ist, wo die Wöchnerin schon bei der Entbindung selbst stirbt. Vielmehr dürfte hinsichtlich der Erhebung des Anspruchs hier der den Unterhalt Leistende an die Stelle der Wöchnerin zu treten haben.

Einwirkung des § 195c RVO. auf Verträge zwischen Kassen und Ärzten.

Bescheid des Reichsarbeitsministers vom 15. Februar 1920 (II 8150).

Der Anspruch einer Versicherten auf ärztliche Behandlung bei der Niederkunft ist im Falle des jetzigen § 195c RVO., d. h. wenn der Kassenvorstand beschlossen hat, statt der baren Beihilfe nach § 195a Nr. 1 freie Behandlung zu gewähren, ganz der gleiche, wie wenn die Kassensatzung nach § 198 RVO. ärztliche Geburtshilfe bei der Niederkunft zugebilligt hat. Das Vertragsverhältnis zwischen der Kasse und ihren Ärzten wird daher durch das Gesetz vom 26. September 1919/30. April 1920 da nicht berührt, wo die Kasse von der Befugnis des § 198 RVO. schon gegenüber allen ihren weiblichen Versicherungspflichtigen Gebrauch gemacht hatte. Wo dies nicht der Fall ist, würde die Kasse bei Anwendung des § 195c RVO. die Tätigkeit ihrer Ärzte allerdings in weiterem Umfang als bisher in Anspruch nehmen. In diesen Fällen bedarf es einer entsprechenden neuen Vereinbarung zwischen Kassen und Ärzten.

Neuregelung der Besoldung der Kassenangestellten.

Erlaß des **preuß. Ministers für Volkswohlfahrt** vom 13. Januar 1921 (Volksw. S. 63).

Das **Reichsgesetz** vom 21. Dezember 1920 (sog. Sperrgesetz, RGBl. S. 2117) regelt die Beamtenbesoldung in den Ländern, Gemeinden und sonstigen öffentlichen Körperschaften und betrifft somit auch die Besoldung der Kassenangestellten, die der Dienstordnung unterstehen, oder für welche noch die Bestimmungen eines vom Oberversicherungsamt auf Grund des § 359 Abs. 4 RVO. erlassenen Regulativs gelten.

Bei der Durchführung des Gesetzes gegenüber den Krankenkassen ist folgendes zu beachten:

1. Hinsichtlich des Verfahrens.

a) Die Krankenkassen haben nach § 3 des Gesetzes die zur Zeit geltenden, nach dem 31. März 1920 erlassenen oder in Kraft getretenen Bestimmungen der Dienstordnungen über die Dienstbezüge der Angestellten innerhalb drei Monaten nach der Verkündung des Gesetzes, also bis zum 24. März d. Js., mit Wirkung vom 1. April 1920 ab neu zu regeln, soweit diese Vorschriften günstiger sind, als es nach dem Gesetz zulässig ist. Die Frist kann unter Umständen (vgl. § 3 Abs. 2 des Gesetzes) verlängert werden.

Kommt eine Krankenkasse der ihr hiernach obliegenden Verpflichtung innerhalb der vorgeschriebenen Frist nicht nach, so ist die Änderung von Aufsichts wegen vorzunehmen. Die Befugnis dazu, welche mir nach § 9 Abs. 2 des Gesetzes zusteht, übertrage ich den Oberversicherungsämtern.

b) Die nach § 3 des Gesetzes vorzunehmenden Änderungen der Dienstordnungen sowie alle neuen, während der Geltungsdauer des Gesetzes (vgl. § 15) erlassenen Besoldungsvorschriften dürfen nach § 9 Abs. 1 nicht ohne meine Genehmigung in Kraft gesetzt werden. Ich übertrage die Genehmigungsbefugnis hierzu gleichfalls den Oberversicherungsämtern.

c) Gegen die Versagung der Genehmigung oder die von Aufsichts wegen vorgenommene Änderung einer Dienstordnungsvorschrift kann die Krankenkasse — abgesehen von der nach § 355 Abs. 4 RVO. zulässigen Beschwerde an mich — nach § 9 Abs. 3 des Gesetzes die Entscheidung eines Landesschiedsgerichts anrufen.

d) Wird durch die Dienstordnung gemäß § 1 Abs. 2 des Gesetzes beim Vorliegen besonderer Verhältnisse oder aus besonderen Gründen eine günstigere Regelung als bei den gleichzubewertenden Reichsbeamten getroffen und vom Oberversicherungsamt oder im Verfahren vor dem Landesschiedsgericht genehmigt, so sind die betreffenden Vorschriften mir sogleich mit erläuterndem Bericht vorzulegen, da sie nach § 4 Abs. 1 des Gesetzes dem Reichsfinanzminister mitzuteilen sind. Sie treten erst in Kraft, wenn auf einen Einspruch des Reichsfinanzministers vom Reichsverwaltungsgericht oder Reichsschiedsgericht entschieden worden ist, oder wenn die gesetzlich vorgesehenen Fristen, ohne daß ein Einspruch erhoben ist, verstrichen sind (§ 5 Abs. 2c, §§ 6, 7, 8, 10 Abs. 2).

Digitized by Google

c) Die Vorschriften gelten sinngemäß für Pensionen und Hinterbliebenenbezüge. Jedoch ist der Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes hierfür noch nicht bestimmt, weil die im Reiche geplante Neuregelung dieser Bezüge noch nicht durchgeführt ist (§§ 13, 14 Abs. 2 des Gesetzes). Die in einer genehmigten Dienstordnung enthaltenen Vorschriften dieser Art brauchen daher einstweilen noch nicht geändert zu werden.

2. In materieller Beziehung.

a) Gleichwertigkeit der Beamtenstellen.

Nach § 1 des Gesetzes sind alle Umstände zu berücksichtigen, die für die Bewertung der Eigenart des betreffenden Beamtenberufs im allgemeinen und der zu beurteilenden Stellen im besonderen in Betracht kommen. Dies sind nach der Begründung des Gesetzes die Art, Schwierigkeit und Verantwortlichkeit des Amtes sowie die Vorbildung, Ausbildung und berufliche Fachbildung des Beamten. Hierauf ist wiederum von Einfluß die Größe der Kasse sowie Art und Umfang der Kassenverwaltung (Allgemeine oder besondere Ortskrankenkasse und Landkrankenkasse, Ausdehnung des Kassenbezirks, Mehrleistungen, besondere Einrichtungen).

Unter Beachtung aller dieser Gesichtspunkte sind die Gruppen der Kassenangestellten oder einzelne Angestellte in die entsprechende Gruppe der Reichsbesoldungsordnung einzureihen.

b) Gleichwertigkeit der Dienstbezüge.

Die Dienstbezüge sind denjenigen der entsprechenden Gruppe der Reichsbeamten genau anzupassen. Nach § 2 des Gesetzes hat eine Gleichstellung insbesondere zu erfolgen hinsichtlich der Grundgehälter, der Ortszuschläge, Kinderzuschläge und Teuerungszuschläge bei einer Eingliederung in höhere Dienstaltersstufen, bei einer Bewilligung höherer Zulagen, Nebenbezüge, einmaliger Teuerungszulagen, Beschaffungsbeihilfen oder ähnlicher Bezüge.

Abweichungen sind nur beim Vorliegen besonderer Verhältnisse und aus besonderen Gründen zulässig (§ 1 Abs. 2) und unterliegen der unter 1d erörterten Nachprüfung durch den Reichsminister der Finanzen.

c) Wohlerworbene Rechte bleiben nach § 3 Abs. 1 Satz 2 aufrechterhalten. Sie sind dann anzunehmen, wenn der Beamte vor der durch das Gesetz veranlaßten Neuregelung einen Rechtsanspruch auf höhere Dienstbezüge erworben hatte. Wieweit dies im einzelnen der Fall ist, ergibt sich aus den Anstellungsverträgen und Urkunden, die bis zur Verkündung des Gesetzes, am 24. Dezember 1920, abgeschlossen oder ausgehändigt worden sind. Soweit es sich darin um unbedingte Rechtsansprüche handelt, bleiben sie bestehen. Ist dagegen eine Nachprüfung vorbehalten oder können die Bezüge, wie z. B. die Teuerungszulagen, jederzeit geändert oder eingezogen werden, so muß sich der Beamte eine entsprechende Herabsetzung gefallen lassen. Ein wohlerworbenes Recht besteht nicht darauf, mit einer früher gleichstehenden Beamtengattung auch fernerhin gleichbewertet oder sonstwie nach bestimmten Grundsätzen behandelt zu werden (Begründung des Gesetzentwurfs, Reichsratsdrucksache Tagung 1920 zu Nr. 282 S. 10).

Zuviel erhaltene Beträge brauchen nicht zurückgezahlt zu werden, obwohl der vom Gesetz geforderten Neuregelung rückwirkende Kraft bis zum 1. April 1920 beigelegt ist (§ 12 des Gesetzes).

B. Zur Unfallversicherung.

Hauptbetrieb, Nebenbetrieb, Nebentätigkeit, Hilfstätigkeit, Bestandteil, wesentlicher Bestandteil. — Anwendbarkeit des § 673 RVO.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 22. November 1920.

Der Baumeister K. in P. ist seit dem 18. Dezember 1889 mit einem Baugeschäft bei der Sächsischen Baugewerks-Berufsgenossenschaft versichert. Um dieses Unternehmen gruppierte sich im Laufe der Jahre eine Reihe anderer Betriebszweige, die teils eigene wirtschaftliche Zwecke verfolgten, so ein Dampfsäge- und Hobelwerk mit Kistenfabrikation, teils dem Baugeschäft dienten. Im Jahre 1898 schaffte K. Fuhrwerk an, das in den verschiedenen Betriebszweigen nach Bedarf verwendet wurde. Die Fuhrwerkshaltung ist nach einem Auszug aus dem Betriebsverzeichnis der Sächsischen Baugewerks-Berufsgenossenschaft in diesem als Fuhrwerksbetrieb eingetragen. Am 1. Februar 1919 nahm dann K. eine Trennung der Betriebszweige vor. Das Baugeschäft wurde nach Eintritt von zwei Teilhabern unter der Firma K. u. Cie. weitergeführt, während die andern Zweige mit dem Fuhrwerk unter der alten Firma K. bestehen blieben. Diese Betriebe, unter denen das Dampfsäge- und Hobelwerk hervorragte, wurden von der Sächs. Baugewerks-Berufsgenossenschaft der Sächs. Holz-Berufsgenossenschaft überwiesen und von dieser übernommen. Unter den überwiesenen Unfällen befand sich derjenige des Kutschers des erwähnten Fuhrwerks W., der bei einer Baufuhre verunglückt war. Die Sächs. Holz-Berufsgenossenschaft weigerte sich, diese Last zu übernehmen. Die Sächs. Baugewerks-Berufsgenossenschaft hat darauf am 30. Januar 1920 beim RVA. den Antrag gestellt, zu entscheiden, daß die Gegnerin die Entschädigung des W. vom 1. Februar 1919 zu bewirken und die auf diese Entschädigung von der Antragstellerin gezahlten Beträge zu erstatten habe. Die Sächs. Holz-Berufsgenossenschaft hat beantragt, den Antrag zurückzuweisen. In diesem Sinne hat das Reichsversicherungsamt entschieden aus folgenden Gründen:

Digitized by Google

Die Fuhrwerkshaltung ist unstreitig gegenwärtig bei der Sächs. Holz-Berufsgenossenschaft versichert. Somit handelt es sich nur um die Frage, ob ein Übergang der Unfallast W. nach § 673 in Verbindung mit dem § 643 der RVO. in Betracht kommt. Da nach der Rechtsprechung des RVA. ein „Streit über das Vermögen" nach § 646 a. a. O. schon dann besteht, wenn zunächst nur streitig ist, ob die Entschädigungspflicht der andern Genossenschaft zufällt, ist die Zuständigkeit des Beschlußsenats zur Entscheidung der vorliegenden Streitsache begründet (vgl. Amtl. Nachr. 1914 S. 325 Nr. 2688). Der Antrag der Sächs. Baugewerks-Berufsgenossenschaft ist aber sachlich nicht gerechtfertigt.

Nach §§ 673 Abs. 1, 643 der RVO. hat beim Übergang „einzelner Betriebe oder Nebenbetriebe von einer Berufsgenossenschaft auf eine andere" die andere Berufsgenossenschaft die Entschädigungsansprüche zu befriedigen, die gegen die alte Genossenschaft aus Unfällen in den ausgeschiedenen Betrieben erwachsen sind. Da die Parteien in der Hauptsache darin auseinandergehen, ob die Fuhrwerkshaltung ein Nebenbetrieb im Sinne dieser Gesetzesvorschrift darstellt, so war zunächst zu prüfen, auf welche Betriebe sich ihre Anwendung erstreckt. Schon ihr Wortlaut legt den Schluß nahe, daß der Gesetzgeber einen Übergang der Unfallast nur bei selbständigen Betrieben und Nebenbetrieben im eigentlichen Wortsinn, nicht aber bei andern Bestandteilen eines Unternehmens, beispielsweise einem Hilfsbetrieb, vorgesehen hat. Diese Auffassung entspricht aber auch dem Sinn und dem Zweck der Gesetzesvorschrift.

Die RVO. stellt in § 539 dem Begriff des Nebenbetriebs den des wesentlichen Bestandteils gegenüber. Dasselbe geschieht in § 540 Ziff. 2 und in § 631 Abs. 1. In der letzteren Gesetzesvorschrift ist auch von Bestandteilen eines Betriebes die Rede. Diese Begriffe sind im Gesetz nirgends erläutert, sie haben aber eine bestimmte gesetzestechnische Bedeutung. Ihr Inhalt ist durch die Rechtsübung des RVA. näher bestimmt worden. Was unter Hilfsbetrieb — dieser Begriff ist in der RVO. von dem des wesentlichen Bestandteils mitumfaßt — und Nebenbetrieb zu verstehen ist, wird im Handb. der Unfallvers. I S. 342 ff. Anm. 7 bis 12 zu § 28 GewUnfVersGes. erörtert. Nach Einführung der RVO. hat sich dann das RVA. in einer nicht veröffentlichten Verfügung vom 6. März 1914 — I U 191 — über die Begriffe Bestandteil, wesentlicher Bestandteil, Hilfsbetrieb, Nebenbetrieb näher ausgesprochen. Danach redet man von Bestandteilen eines Betriebes dann, wenn ein Betrieb aus mehreren Teilen besteht, von welchem jeder eine gewisse Selbständigkeit hat. Dient der eine Bestandteil den Zwecken des andern, so ist er für den Betrieb wesentlich (wesentlicher Bestandteil). Hat in einem solchen Fall der dienende Teil den Umfang eines Betriebes, so ist er ein Hilfsbetrieb des andern. Hat er nicht den Umfang eines Betriebes, so stellt er Hilfstätigkeiten dar. Dient der eine Bestandteil nicht den Zwecken des andern, sondern verfolgt er selbständige Zwecke, so ist er für den Betrieb nicht wesentlich. Hat der kleinere Bestandteil in diesem Falle den Umfang eines Betriebes, so ist er ein Nebenbetrieb des andern, hat er nicht den Umfang eines Betriebes, so stellt er Nebentätigkeiten dar. In Anwendung dieser Grundsätze hat das RVA. in der Entscheidung vom 31. März 1917 — I 1286 — weiter ausgesprochen, daß ein Betrieb nur dann ein wesentlicher Bestandteil eines andern Betriebes ist, wenn er den Zwecken des andern dient und technisch dergestalt mit ihm verbunden ist, daß beide eine Einheit bilden. Der Senat hat sich dieser Auffassung angeschlossen. Hiernach sind Hauptbetrieb, Nebenbetrieb (Nebentätigkeit), Hilfsbetrieb (Hilfstätigkeit) Bestandteile eines Gesamtunternehmens. In diesem tritt der Hauptbetrieb hervor, er gibt ihm sein besonderes Gepräge und ist maßgebend für seine versicherungsrechtliche Stellung. Der Nebenbetrieb steht aber mit dem Hauptbetrieb nur in einer wirtschaftlichen, versicherungsrechtlich mehr zufälligen Verbindung, während der wesentliche Bestandteil (Hilfsbetrieb) technisch und wirtschaftlich mit ihm einen einheitlichen Gesamtbetrieb bildet, woraus sich ohne weiteres die versicherungsrechtliche Zusammengehörigkeit ergibt (vgl. Rabeling, Komm. zum 3. Buch der RVO., Anm. 3 zu § 539, Anm. 3 bis 7 zu § 631). Diese verschiedene Gestaltung der Beziehungen des Hauptbetriebs zu Nebenbetrieb und Hilfsbetrieb bedingt auch eine verschiedene Behandlung der in ihnen erwachsenen Unfallast. Ihr Übergang soll nach der Absicht des Gesetzgebers nur in den Fällen stattfinden, in welchen das Verbleiben eine ungerechtfertigte Belastung der früheren Berufsgenossenschaft sein würde, während ihr der Beitragsgegenstand verloren geht (vgl. Rabeling a. a. O. Anm. 1 zu § 673, Anm. 1 zu § 643). Der Nebenbetrieb bildet eine wirtschaftliche Einheit und dementsprechend einen besonderen Beitragsgegenstand. Daraus folgt, daß die Unfälle an sich den Nebenbetrieb belasten und dem Hauptbetrieb nur solange folgen, als das wirtschaftliche Band mit ihm besteht. Dagegen hat der Hilfsbetrieb im Rahmen des Gesamtbetriebes keine eigene wirtschaftliche Bedeutung, er ist nur eine Ergänzung des Hauptbetriebes. Die Unfälle des Hilfsbetriebes lasten deshalb naturgemäß auf dem Gesamtbetrieb; sie müssen bei der Abtrennung des Hilfsbetriebes bei dem Hauptbetrieb verbleiben, in dessen Dienst sie eingetreten sind und von dem sie sich versicherungsrechtlich in der Regel nicht trennen lassen. Dieser Auffassung entsprechen auch die Grundsätze, welche das RVA. über den Einfluß von Betriebsänderungen auf den Übergang von Unfallasten aufgestellt hat. Ein solcher ist nur für den Fall der Einstellung eines

Digitized by Google

Haupt- oder Nebenbetriebes oder der Abtrennung eines solchen vorgesehen (vgl. Amtl. Nachr. 1911 S. 513, Rabeling a. a. O. Anm. 3 zu § 673). Danach erscheint der Schluß berechtigt, daß § 673 der RVO. auf den Fall des Übergangs eines wesentlichen Bestandteils (Hilfsbetrieb, Hilfstätigkeit) auf eine andere Berufsgenossenschaft überhaupt keine Anwendung finden soll. Im Einzelfall wird allerdings die Grenze zwischen Nebenbetrieb und Hilfsbetrieb nicht immer scharf abzustecken, auch manchmal zweifelhaft sein, welchem Betriebe im Rahmen des Unternehmens der Hilfsbetrieb anzugliedern ist. Demnach kommt es vorliegend zunächst darauf an, ob die Haltung des Fuhrwerks im Zeitpunkt der Abtrennung ein Nebenbetrieb oder ein wesentlicher Bestandteil des Gesamtunternehmens K. gewesen ist. Das letztere ist anzunehmen. Als Nebenbetrieb kam das Fuhrwerk schon deshalb nicht in Frage, weil es keine eigenen wirtschaftlichen Ziele verfolgte, sondern den Zwecken der verschiedenen Gewerbszweige des Unternehmens diente. Deshalb durfte die Fuhrwerkshaltung, wie die Sächs. Holz-Berufsgenossenschaft zutreffend ausführt, im Betriebsverzeichnis der Sächs. Baugewerks-Berufsgenossenschaft nicht als besonderer Fuhrwerksbetrieb geführt werden, sie war vielmehr als wesentlicher Bestandteil des Unternehmens — ob er als Hilfsbetrieb oder Hilfstätigkeit zu bezeichnen ist, bleibe dahingestellt — schlechthin versichert und hatte versicherungsrechtlich dem Baubetrieb als dem Hauptbetrieb zu folgen. Hätte das Unternehmen K. ausschließlich dem Baubetrieb gedient, so würde nach dem Vorstehenden keinem Zweifel unterliegen, daß die Unfallast W. nach der Abtrennung der Fuhrwerkshaltung bei der Sächs. Baugewerks-Berufsgenossenschaft zu verbleiben hätte. Indes mußte bei der Entscheidung berücksichtigt werden, daß das Fuhrwerk nach Bedarf auch in den anderen Betriebszweigen verwendet worden ist. Solange das Gesamtunternehmen unverändert blieb, war das versicherungsrechtlich nicht von Bedeutung. Als es sich aber in mehrere Unternehmen zerlegte, war zu prüfen, welchem von ihnen die Unfallast W. zu folgen hatte. Denn in solchen Fällen kann nicht ohne weiteres gesagt werden, daß die in einem wesentlichen Bestandteil des Gesamtunternehmens entstandene Last bei dem früheren Hauptbetriebe zu verbleiben hat. Das letztere gilt jedenfalls dann, wenn der wesentliche Bestandteil nur gelegentlich oder ausnahmsweise dem Nebenbetrieb gedient hat. Ebenso wird es sein, wenn der Nebenbetrieb im Vergleich zum Hauptbetrieb nur eine nebensächliche Bedeutung hatte. Wenn aber die Tätigkeit des wesentlichen Bestandteils, wie vorliegend, gleichzeitig einem Nebenbetrieb von erheblicher wirtschaftlicher Bedeutung diente und derjenigen im Hauptbetriebe verhältnismäßig gleichwertig war, wird es regelmäßig darauf ankommen, in wessen Dienst der Unfall eingetreten ist. Auch von diesem Gesichtspunkt aus verbleibt die Unfallast bei dem Baubetrieb, da sich der Unfall unstreitig bei einer Baufuhre ereignet hat. Der Antrag der Sächs. Baugewerks-Berufsgenossenschaft mußte deshalb zurückgewiesen werden.

C. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Zur Versicherungspflicht von Maschinenschreiberinnen.

Entscheidung des Oberversicherungsamts Bremen vom 13. Dezember 1920.

Bei einer Behörde in Bremen ist Fräulein R. als Maschinenschreiberin gegen einen monatlichen Verdienst von 500 ℳ beschäftigt. Die Landesversicherungsanstalt hat Beitragsentrichtung zur Invalidenversicherung für die R. verlangt. Die Behörde hat dies abgelehnt, weil die R. nicht invalidenversicherungspflichtig sei, da sie auf Grund ihrer Beschäftigung als Büroangestellte — sie sei nicht lediglich mechanisch tätig — der Angestelltenversicherungspflicht unterliege und sich diese beiden Versicherungen ausschlössen. Die Landesversicherungsanstalt hat dagegen ausgeführt, daß die Versicherungspflicht der Maschinenschreiberin R. ohne Rücksicht auf die Höhe ihres Verdienstes vorliege, weil die Genannte nicht zu den Angestellten in gehobener Stellung gerechnet werden könne. In diesem Sinne hat auch das Versicherungsamt entschieden. Die hiergegen von der Behörde als Arbeitgeberin erhobene Beschwerde ist vom Oberversicherungsamt zurückgewiesen worden aus folgenden Gründen:

Die Beschwerdeführerin begründet ihren Standpunkt damit, daß nach dem Merkblatt über die Rechtsprechung des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung Büroangestellte versicherungspflichtig seien, soweit sie nicht mit niederen oder rein mechanischen Dienstleistungen beschäftigt würden. Da nun die Tätigkeit der R. über eine mechanische hinausgehe, unterliege sie der Versicherungspflicht für Angestellte. Damit entfalle ihre Invalidenversicherungspflicht, weil eine Doppelversicherung gesetzlich unzulässig sei.

Der Standpunkt der Beschwerdeführerin geht fehl. Die Frage, ob die R. invalidenversicherungspflichtig ist oder nicht beantwortet sich danach, unter welche Ziffer des § 1226 RVO. sie nach ihrer Tätigkeit fällt. Ist sie Gehilfin, besteht für sie ohne Rücksicht auf ihren Jahresarbeitsverdienst Invalidenversicherungspflicht; gehört sie unter Ziff. 2 des § 1226 RVO., so ist sie versicherungsfrei, da ihr Jahresarbeitsverdienst 2000 ℳ übersteigt. Es hat nun keinem Zweifel unterliegen können, daß die Ziff. 2 des genannten Paragraphen für die R. nicht in Frage kommt. Wer in der Hauptsache auf der Schreibmaschine Abschriften herstellt und hin und wieder kleinere Schreiben nach Verfügung anfertigt,

Digitized by Google

bekleidet nicht eine Stellung, die ähnlich der eines Betriebsbeamten oder Werkmeisters eine gehobene ist, sondern ist Gehilfe nach Ziff. 1. Das liegt so klar zutage, daß sich weitere Ausführungen hierzu erübrigen. Auch die Beschwerdeführerin hat dies anscheinend nicht bestreiten wollen, ist vielmehr nur der Ansicht gewesen, daß durch die Angestelltenversicherungspflicht die Invalidenversicherungspflicht aufgehoben werde. Diese Ansicht ist indessen irrig. Wie bereits das Versicherungsamt in seiner Entscheidung ausgeführt hat, schließen sich beide Versicherungen nicht aus. Hierüber besteht in der Literatur und Rechtsprechung der Sozialversicherung keine Meinungsverschiedenheit. Doppelversicherung liegt überall dann vor, wo einmal der Jahresarbeitsverdienst der in beiden Gesetzen übereinstimmend aufgeführten Personenkreise 2000 ℳ nicht übersteigt und zum andern, wo Büroangestellte mit einem Jahresarbeitsverdienst von über 2000 ℳ zwar der Angestelltenversicherung unterliegen, deren Tätigkeit indessen keine gehobene nach § 1226 Ziff. 2 RVO. ist, wie dies bei der R. der Fall ist. Dem Versicherungsamt ist danach ohne weiteres beizutreten gewesen, wenn es die R. für invalidenversicherungspflichtig gehalten hat.

Gilt die Verteuerung der Versicherungsmarken auf das Doppelte auch für die Zeit vor dem 20. 12. 20?

Entscheidung des **Versicherungsamts Hamburg** vom 25. Januar 1921 (J. I. 234/2).

Der Antragsteller, der seiner Haushälterin Anna K. regelmäßig monatlich nachträglich ihren Lohn zahlt, hatte es am 1. Dezember 1920 — angeblich durch Krankheit verhindert — unterlassen, die für November noch zu entrichtenden Beitragsmarken der V. Lohnklasse zu verwenden. Die letzte der am 1. November in der Quittungskarte 2 entrichteten Marken gilt für die Woche vom 1. bis 7. November, wie die Zahl der für die Zeit vom 5. Januar an geltenden Marken in der Karte ergibt. Er hatte daher bei der nächsten Lohnzahlung am 1. Januar 1921 noch Beiträge für 8 Wochen zu entrichten. Für die 2 Wochen vom 20. Dezember 1920 bis zum 2. Januar 1921 hat der Antragsteller nach dem 20. Dezember Marken zum doppelten Preise gekauft und verwendet. Er hält sich aber nicht für verpflichtet, für die 6 Wochen vor dem 20. Dezember ebenfalls Beiträge in doppelter Höhe ihres Geltungswertes zu verwenden, weil nach seiner Ansicht der § 5 gemäß § 9 des Gesetzes vom 20. Dezember 1920 über eine außerordentliche Beihilfe an Empfänger von Renten aus der Invalidenversicherung*) die Beitragserhöhung erst am 20. Dezember in Kraft getreten und eine Rückwirkung über den 20. Dezember zurück ungesetzlich ist. Er hat daher beantragt, in diesem Sinne zu entscheiden. — Die Versicherte hat sich ihm angeschlossen und ist seinem Antrage beigetreten.

*) ArbVers. 1921 Heft 3 S. 53 und dazu: Brunn daselbst S. 41 ff. nebst Anmerkung.

Der Antragsgegner (Vorstand der Landesversicherungsanstalt) hat darauf erwidert, daß nach dem Gesetz und den dazu ergangenen amtlichen Erläuterungen unzweifelhaft jeder Arbeitgeber, der mit oder ohne seine Schuld mit Beiträgen für sein Personal am 20. Dezember 1920 im Rückstande war, die rückständigen Beitragsmarken zu dem vom 20. Dezember ab geltenden doppelten Werte zu entrichten habe. Er hat beantragt, in seinem Sinne die Entscheidung über die grundsätzlich und praktisch bedeutsame Streitfrage zu treffen.

Das Versicherungsamt hat den Antragsteller für verpflichtet erklärt, die Marken für die Zeit vor dem 20. Dezember 1920 zum doppelten Preise zu erwerben und zu entrichten. — Gründe:

Auf den ersten Blick erscheint die von der bisher laut gewordenen öffentlichen Meinung geteilte Auffassung des Arbeitgebers und der Versicherten berechtigt, daß die auf den 20. Dezember 1920 in Kraft gesetzte Vorschrift des § 5 des bezeichneten Gesetzes nur Beitragszeiten nach dem 19. Dezember 1920 betreffen kann. Denn durch diese Vorschrift werden die Beiträge zur Invalidenversicherung auf das Doppelte ihrer seit dem 2. August 1920 geltenden Beträge erhöht. Wenn es in einer vom Reichsarbeitsministerium ausgehenden Pressenotiz auch heißt, daß es sich hier um „eine Art Steuer" handele, um den Rentenempfängern die Beihilfe gewähren zu können, so bedeutet doch der Verkauf der Marken zum doppelten Preise nichts anderes als die allgemeine Erhöhung der Versicherungsbeiträge auf das Doppelte, um den Versicherungsträgern die Mittel zur Zahlung der durch die Beihilfen erhöhten Rentenleistungen zu gewähren. Wenn daher diese Bestimmung mit dem 20. Dezember in Kraft treten soll, so kann man zunächst nur daran denken, daß die Erhöhung nur die Beitragswochen nach dem 20. Dezember treffen soll. Ist es doch bisher in der Gesetzgebung der Invalidenversicherung nicht vorgekommen, daß erhöhte Versicherungsbeiträge auch für die zur Zeit des Inkrafttretens der Erhöhung bereits zurückgelegten Beitragszeiten gefordert werden. Eine solche Maßnahme muß den Betroffenen so hart und ungerecht erscheinen, namentlich wenn sie — wie dies bei dem Antragsteller für die ersten Dezemberwochen der Fall ist — nicht verpflichtet waren, die Beiträge vor dem 20. Dezember zu entrichten, daß sie eine solche Regelung nicht verstehen.

Nach näherer Prüfung der Fassung und des Inhalts der Gesetzesvorschriften unter Würdigung ihrer Motive hat aber das Versicherungsamt doch die Überzeugung erlangen müssen, daß diese harte und ungewöhnliche Regelung allerdings von dem Gesetzgeber gewollt und in dem Gesetz zum Ausdruck gebracht ist. Das ergibt zunächst die Fassung des § 5. Es heißt darin nicht, daß die Beiträge „erhöht" werden, sondern es ist der Ausdruck gewählt: Die Beiträge werden „zum doppelten Geldwert berechnet". Das kann — auch im Hinblick auf § 5 Abs. 3 — nur heißen: die alten Marken werden

Digitized by Google

„zum doppelten Betrage ihres Geltungswertes verkauft". In der Wirkung läuft das auf eine Erhöhung der Beiträge auf das Doppelte hinaus. Das hat der Gesetzgeber auch im § 7 zum Ausdruck gebracht. Die Form ist aber eine ganz eigenartige. Die alten Marken sollen ohne jede Änderung oder besondere Kennzeichnung, auch ohne Änderung des Wertaufdrucks zum doppelten Preise verkauft werden. Diese Regelung ist offenbar erfolgt — wie auch die amtlichen Auslassungen erklären —, um keine Zeit mit dem Drucken neuer Marken oder der Einziehung der alten zum Überdruck zu verlieren, so daß sofort die erhöhten Beiträge hereinfließen müssen. Um die alten Marken ohne Kennzeichnung ihres höheren Preises verwenden zu können, mußte die weitere Abgabe alter Marken zum alten Preise sofort verhindert werden, um ein Hamstern alter Marken zu verhüten. Daher die Sperrung des Postverkaufs am 18. Dezember, dem Tage des Gesetzesbeschlusses im Reichstage, und die Inkraftsetzung des § 5 auf den 20. Dezember, die also bedeutet, daß vom 20. Dezember ab — der 19. war ein Sonntag — nur noch Marken zum doppelten Preise ihres Nennwertes verkauft werden. Da das Gesetz keine Ausnahmebestimmungen gibt, so hat dies zur Folge, daß alle, die mit oder ohne ihre Schuld Beiträge für die Zeit vom 2. August bis zum 19. Dezember noch entrichten müssen und keine alten Marken mehr vorrätig haben, Beiträge zum erhöhten Preise erwerben und entrichten müssen.

Diese harte Folge ist von den Vätern des Gesetzes auch gewollt. Die Verhandlungen in der Reichstagssitzung vom 18. Dezember, in denen eine Beratung über den Gesetzesinhalt überhaupt nicht stattfand, ergeben nur, daß hier ein neuer Weg zu schleunigster Linderung der großen Not der Rentner gesucht wurde. Nach späteren amtlichen Erklärungen im Hauptausschuß des Reichstages sind aber eingehende Beratungen im Sozialausschuß vorangegangen; dabei war die Rückwirkung der Beitragserhöhung über den 20. Dezember zurück infolge dieser Art der Regelung erörtert worden, aber man hatte geglaubt, sich darüber als eine aus technischen Gründen notwendige Übergangshärte hinwegsetzen zu können. Ob man sich auch darüber klar war, daß andererseits viele Arbeitgeber noch Vorräte an alten Marken hatten, die sie auch für spätere Zeiten ohne Übertretung des Gesetzes verwenden können, und daß nur diejenigen getroffen werden, welche nicht in der Lage oder gewohnt sind, Marken auf Vorrat zu kaufen, ist bisher nicht bekanntgeworden. Es mag auch dahingestellt bleiben, ob sich nicht ein gangbarerer Weg hätte finden lassen, den unverschuldet betroffenen Arbeitgebern und ihren Versicherten, die ja auch die höheren Beitragsteile im Rahmen der §§ 1432, 1433 tragen müssen, den für zurückliegende Zeiten gezahlten Mehrbetrag zu erstatten. Die Rücksicht auf die geschäftliche Belastung der Versicherungsanstalten durch solche Erstattungen wog den Vätern des Gesetzes schwerer als der Verlust, der die Arbeitgeber und Versicherten trifft. Nach § 6 sollen sogar zu Unrecht entrichtete Marken erhöhten Wertes bei der Erstattung oder beim Umtausch nur zu dem niedrigen Geltungswert berechnet werden. Auch daraus erhellt klar, daß die Väter des Gesetzes keinerlei Rücksicht walten lassen und alle diese Härten und Ungerechtigkeiten geschehen lassen wollten, weil sie diese als Übergangsfolgen von geringer Bedeutung betrachteten, derentwegen man keine Umstände machen könnte. Wenn das Versicherungsamt diese Ansicht auch nicht teilen kann, so ist es doch bei seiner Entscheidung an den erkennbaren Willen des Gesetzgebers gebunden. Der Gesetzeswille geht aber nach der Überzeugung des Versicherungsamts dahin, daß auch für Beitragszeiten vor dem 20. Dezember 1920 bis zurück zum 2. August 1920 Marken zum doppelten Geltungswerte des Gesetzes vom 20. Mai 1920 zu kaufen und zu verwenden sind, wenn der Arbeitgeber keine zum alten Preise erworbenen Marken mehr besitzt oder auf andere Weise mehr erhalten kann. Darauf, ob der Arbeitgeber verpflichtet oder in der Lage war, die Marken vorher zu erwerben oder zu verwenden, kommt es nicht an.

D. Zur Angestelltenversicherung.

Ansprüche aus der Angestelltenversicherung sind regelmäßig nicht vererblich.

Urteil des **Oberschiedsgerichts für AngestVers.** vom 27. Mai 1920 (P. 66/20).

Nach § 398 des Versicherungsgesetzes für Angestellte steht unter den dort angegebenen Voraussetzungen beim Tode eines Versicherten ein Erstattungsanspruch zu „der hinterlassenen Witwe oder dem Witwer oder falls solche nicht vorhanden sind, den hinterlassenen Kindern unter 18 Jahren". Der Wortlaut dieser Vorschrift spricht zwingend für die Auffassung der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte, daß der Erstattungsanspruch den Kindern nur dann zustehen soll, wenn beim Eintritt des Versicherungsfalles, d. h. beim Tode der Versicherten, ein Witwer nicht vorhanden ist. Im vorliegenden Falle lebte ein solcher; der Anspruch auf Erstattung erwuchs ihm also mit dem Tode der Versicherten. Hätte er ihn erhoben und wäre der Betrag an ihn gezahlt worden, so würde diese Summe zu seiner Erbmasse gehört haben, also bei seinem demnächstigen Tode an seine Erben gefallen sein. Diese brauchen aber keineswegs immer mit den Kindern seiner versicher-

Digitized by Google

ten Ehefrau identisch zu sein. Sind sie es nicht, so würden sie auch dann leer ausgehen, wenn der Witwer innerhalb eines Jahres nach dem Tode der Versicherten stirbt. Es ist nicht einzusehen, warum das anders sein sollte, wenn der Anspruch noch nicht erhoben oder zwar erhoben, aber noch nicht befriedigt ist. Auch in diesen Fällen muß vielmehr als dem Willen des Gesetzgebers entsprechend angesehen werden, daß beim Vorhandensein eines Witwers beim Tode einer Versicherten deren Kindern ein selbständiger Erstattungsanspruch nach § 398 des Versicherungsgesetzes für Angestellte nicht zusteht. Die Berechtigung des Klägers hängt also lediglich davon ab, ob der von dem Witwer beim Tode der Versicherten erworbene Anspruch auf den Kläger kraft Erbgangs übergegangen ist. Das ist zu verneinen. Die Ansprüche aus der Angestelltenversicherung sind durchweg höchstpersönlicher Natur; sie entspringen aus Fürsorgemaßnahmen des Staates, und es können daher die erbrechtlichen Grundsätze des bürgerlichen Rechts auf sie nicht angewendet werden. Eine ausdrückliche Ausnahme besteht allerdings hinsichtlich der im § 67 des Versicherungsgesetzes für Angestellte bezeichneten Leistungen, bei denen eine Vererbung dann stattfindet, wenn der Anspruch darauf beim Tode des Versicherten bereits erhoben war. Ob diese Vorschrift auf andere Ansprüche, insbesondere auf solche aus § 398 des Versicherungsgesetzes für Angestellte ausgedehnt werden darf, kann vorliegend dahingestellt bleiben, da der Witwer den Anspruch nicht erhoben hat, eine Vererbung daher jedenfalls nicht eingetreten ist. Dem Kläger steht somit ein Erstattungsanspruch weder aus eigenem Recht noch infolge Erbgangs zu.

Anspruch auf Witwenrente nicht vererblich, wenn er nicht erhoben war.

Urteil des **Oberschiedsgerichts für AngestVers.** vom 29. April 1920 (P. 46/20).

Zwar hat das Oberschiedsgericht in der Entscheidung vom 9. November 1918 (P. 38/18; AVN. 1919 S. 39 Nr. 328) den Grundsatz aufgestellt, daß, wenn nach § 67 des Versicherungsgesetzes für Angestellte Bezugsberechtigte nicht vorhanden sind, die Erbfolge nach bürgerlichem Recht eintritt, doch wird in der Begründung dieser Entscheidung ausgeführt, daß die Versorgungsansprüche Hinterbliebener nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte, da sie im öffentlichen Recht wurzelten und von den Regeln des öffentlichen Rechts beherrscht würden, den Regeln des bürgerlichen Rechts nur insoweit unterworfen seien, als das öffentliche Recht eine Lücke zeige, die nach Lage der Verhältnisse, nach der Natur der Ansprüche und nach dem Geiste und Zwecke des Gesetzes nicht anders als durch ein Zurückgreifen auf die Regeln des bürgerlichen Rechts ausgefüllt werden könne. Da das Versicherungsgesetz für Angestellte in den §§ 66, 67 eine ausschließliche Bezugsberechtigung der dort angeführten Personen nicht vorgeschrieben habe, so sei zwar eine entsprechende Anwendung der erbrechtlichen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs zuzulassen. Da jedoch im § 67 die Erhebung des Anspruchs auf die Versicherungsleistungen ausdrücklich zur Voraussetzung eines Übergangs der Rechte gemacht sei, könne von einem Übergang nicht die Rede sein, soweit der Anspruch vom Versicherten selber noch nicht erhoben sei. Insoweit würde es sich um eine bloße Anwartschaft oder ein höchstpersönliches Recht handeln, das auch nach bürgerlichem Rechte einem Übergang im Wege des Erbrechts nicht zugänglich sei. Nach diesen Ausführungen, an denen festzuhalten ist, ist der Anspruch der Berufungsklägerin nicht begründet, da ihre Mutter gestorben ist, ohne den Anspruch auf Witwenrente erhoben zu haben, so daß ihr nur eine Anwartschaft oder ein höchstpersönliches Recht zustand, das auch nach bürgerlichem Recht im Wege des Erbrechts nicht übergehen konnte. Demgegenüber ist auch unerheblich, aus welchem Grunde die Mutter der Berufungsklägerin die Erhebung des Anspruchs auf Witwenrente unterlassen hat und ob sie überhaupt zur Erhebung dieses Anspruchs in der Lage war, da § 67 des Versicherungsgesetzes für Angestellte ausdrücklich die Erhebung des Anspruchs durch die zum Bezuge der Witwenrente Berechtigte verlangt. Ob von der Berufungsklägerin etwa ein Erstattungsanspruch auf Grund des § 398 des Versicherungsgesetzes für Angestellte erhoben werden könnte, kann hier dahingestellt bleiben. Da der angefochtene Bescheid demnach zu Recht ergangen ist, unterlag die Berufung der Zurückweisung.

Versicherungspflicht von Schnittmusterzeichnerinnen.

Beschluß des **Oberschiedsgerichts für AngestVers.** vom 22. April 1920 (P. 27/20).

Da eine noch nicht entschiedene Frage von grundsätzlicher Bedeutung vorliegt, so bestehen gegen die Abgabe keine Bedenken. Das Oberschiedsgericht hat die Versicherungspflicht des Fräulein Sch. bejaht.

Die Herstellung neuer Schnittmusterzeichnungen nach Modezeichnungen oder Photographien, wie sie ihr obliegt, ist in Übereinstimmung mit der Auffassung der Vorinstanzen als eine höhere, über die lediglich körperliche Arbeit hinausgehende Tätigkeit anzusehen. Es kann dahingestellt bleiben, ob, wie der Rentenausschuß ausführt, Schnittmusterzeichnerinnen zu den Zeichnern gerechnet werden können, von denen bei den Reichstagsverhandlungen über das Angestelltenversicherungsverhältnis die Rede

Digitized by Google

war. Denn jedenfalls muß ihre Tätigkeit auf die gleiche Stufe wie die des Zuschneiders einer Damenmäntelfabrik gestellt werden, der, ohne Aufsichtsbefugnisse zu besitzen und ohne mit Maßnehmen und Anprobieren beschäftigt zu sein, auf Grund der vom Geschäftsinhaber entworfenen Zeichnungen und Skizzen nach dessen Anweisung Schnitte anfertigt, wonach dann von den Ausschneidern die Stoffe für die Ateliers zugeschnitten werden. Ein solcher ist aber vom Oberschiedsgericht in der grundsätzlichen Entscheidung — P. 125/15 — auf Grund der Gutachten zweier Sachverständiger für versicherungspflichtig erachtet worden (zu vgl. AVR. 1916 S. 263 Nr. 161). Das Oberschiedsgericht hat keine Veranlassung, von dieser Auffassung abzugehen; aus ihr ergibt sich aber die Versicherungspflicht auch der Martha Sch.

Auch dem für den Fall der Bejahung der Versicherungspflicht von der Arbeitgeberin gestellten Antrage, die Einziehung von Beiträgen für die Vergangenheit für unzulässig zu erklären, kann nicht entsprochen werden. Der Umstand, daß die Beitragsleistung ohne Verschulden der Beteiligten unterblieben ist, ist nur für die Wirksamkeit der nachträglich entrichteten Beiträge (zu vgl. § 205 des Versicherungsgesetzes für Angestellte) und für das Abzugsrecht des Arbeitgebers (zu vgl. § 179 des genannten Gesetzes) von Bedeutung, entbindet dagegen nicht von der Pflicht zur nachträglichen Beitragsleistung, soweit nicht Verjährung eingetreten ist....

E. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Einkommensteuerabzug vom Kassenarzthonorar.

Bescheid des Reichsministers der Finanzen vom 10. Januar 1921 (III Ku 34 255).

Die Entscheidung der Frage, ob bei den im Dienste von Krankenkassen tätigen Ärzten, Zahnärzten, Zahntechnikern und Heilgehilfen der Steuerabzug vorzunehmen ist, muß bei der Verschiedenheit der in Betracht kommenden Verhältnisse der Beurteilung im Einzelfalle überlassen bleiben. Ich muß mich deshalb auf folgenden Hinweis beschränken: Im allgemeinen dürften die Kassenärzte in den meisten Fällen nicht zu den Festbesoldeten und Lohnempfängern im Sinne des § 9 Ziff. 1 des Einkommensteuergesetzes zu rechnen, ein Anstellungsverhältnis zur Krankenkasse zu verneinen sein. Die kassenärztliche Tätigkeit wird sich nur als Ausfluß der wissenschaftlichen, d. h. privatärztlichen Berufstätigkeit darstellen und das dem Arzte aus seinem Verhältnis zur Kasse zufließende Honorar als Erwerb aus Berufstätigkeit zu gelten haben, demnach als Einkommen der Angehörigen der freien Berufe unter § 9 Ziff. 2 des Einkommensteuergesetzes fallen und deshalb nicht dem Steuerabzuge vom Arbeitslohn zu unterwerfen sein. Dabei ist zu unterstellen, daß das Kassenmitglied in jedem Falle Auftraggeber für die einzelne Leistung ist, obwohl später die Vergütung für die innerhalb eines gewissen Zeitraums behandelten Fälle unmittelbar durch die Kasse oder durch den Ärzteverband nach Abrechnung gewisser Unkosten geleistet wird. Dies wird insbesondere zutreffen, wenn der Arzt nach Einzelleistungen oder nach einem Pauschsatz honoriert wird. Die Sachlage dürfte dagegen eine andere sein, wenn die Ärzte ohne Rücksicht darauf, ob diese Tätigkeit ihren Beruf ganz oder nur teilweise ausfüllt, durch Einzelvertrag mit Staat, Gemeinde, Körperschaft, Stiftung, Erwerbsgesellschaft usw. in ein festes Anstellungsverhältnis eintreten, nach dem ohne Rücksicht auf den Umfang der ärztlichen Einzelleistungen ein vertraglich bestimmtes Monats- oder Jahresgehalt ausgeworfen wird. In diesem Falle wird diese Vergütung dem Steuerabzuge zu unterwerfen sein, da der Arzt als Angestellter zu betrachten sein dürfte. Er kann jedoch die auf diesem Einkommen ruhenden Werbungskosten durch eine Bescheinigung des zuständigen Finanzamts abziehen. Durch meine Ausführungen soll der Entscheidung im Einzelfalle und der Entscheidung der Frage im Rechtsmittelverfahren nicht vorgegriffen werden. Es wird ersucht, hiernach das Erforderliche durch Verständigung der Finanzämter, Krankenkassen usw. zu veranlassen.

Fristlose Kündigung eines Kassenarztvertrags.

Urteil des Oberlandesgerichts Celle (5. Zivilsen.) vom 5. Januar 1921.

Der Klageanspruch gründet sich auf die an sich unstreitigen Verträge vom 15. März 1914 und 26. März 1920 (zwischen den klagenden Kassenärzten und der beklagten Ortskrankenkasse). Beide sind auf bestimmte Zeit abgeschlossen, auch sieht der erstgenannte Vertrag, der durch den zweiten zeitlich verlängert wurde, eine Kündigungsfrist vor. Unter diesen Umständen können die Beklagten ihr Recht zur fristlosen Kündigung schon deshalb nicht auf die Bestimmung des § 627 BGB. stützen, weil sie dispositiver Natur ist und durch die genannte Vereinbarung der Parteien außer Kraft gesetzt ist (Entsch. d. RG. Bd. 69 S. 365). Es bleibt somit nur zu prüfen, ob für die Beklagten ein wichtiger Grund zur fristlosen Kündigung des Dienstvertragsverhältnisses nach § 626 BGB. gegeben war. Die Beklagten finden diesen Grund in dem Inkrafttreten der Verordnung vom 30. April 1920, durch die nach ihrer

Digitized by Google

Ansicht das Krankenkassenwesen auf eine so völlig neue Grundlage gestellt ist, daß damit die Voraussetzungen der geschlossenen Verträge beseitigt sind.

Die genannte Verordnung brachte im wesentlichen die Neuerung, daß die Höchstgrenze der Versicherungspflicht auf ein Einkommen von 15 000 ℳ heraufgesetzt und der Grundlohn von 10 ℳ auf 30 ℳ erhöht wurde. Es ist den Beklagten darin beizupflichten, daß die Mitwirkung der Ärzte bei der Krankenversicherung, wie sie durch das Krankenversicherungsgesetz bzw. später durch die Reichsversicherungsordnung geschaffen und organisiert wurde, unter dem sozialen Gesichtspunkte der Hilfe und Unterstützung der wirtschaftlich schwachen Volksschichten erfolgte, auf die der verhältnismäßig eng gezogene Kreis der Versicherungspflichtigen die Wirksamkeit der Krankenkassen beschränkte. Die Krankenkassenpraxis warf für die Ärzte nur einen Gewinn ab, der mit den Kosten der Berufsvorbildung nicht im Einklang stand und ihnen eine standesgemäße Lebenshaltung nicht gewährte, wenn sie nicht daneben noch Privatpraxis in angemessenem Umfange auszuüben in der Lage waren. Es war daher die Größe desjenigen Bevölkerungsteiles, der ihnen als versicherungsfrei für die Privatpraxis übrig blieb, von einschneidender Bedeutung. Die erste Änderung der Versicherungsgrenze brachte die Verordnung vom 22. November 1918, die sich aber noch den gestiegenen Löhnen und dem verminderten Geldwerte einigermaßen anpaßte. Eine wesentlich einschneidendere Änderung brachte dann die Verordnung vom 1. April 1920 mit ihrer Einkommensgrenze von 20 000 ℳ, die allerdings bald durch die Verordnung vom 30. April 1920 ersetzt wurde, die aber immer noch die Versicherungsgrenze in erheblicher Höhe, nämlich bei 15 000 ℳ, beibehielt. Sie hielt somit zweifellos mit der Einkommenserhöhung der davon betroffenen Angestellten, Betriebsbeamten, Lehrer usw. nicht überall gleichen Schritt, sondern erweiterte die Versicherungspflicht auf breitere Schichten des Mittelstandes. Dadurch wurde der Kreis derjenigen Personen, aus denen sich die Privatpatienten der Ärzte zusammenfanden, verengert und damit der Gesichtspunkt der Mitwirkung an einem sozialen Werke und die wirtschaftliche Grundlage, auf der die Verträge der Ärzte mit den Krankenkassen geschlossen waren, geändert. Die Frage der gleichzeitigen Erhöhung der Kasseneinnahmen durch Änderung des Grundlohnes mag dahingestellt bleiben, weil sie die Ärzte nicht unmittelbar berührte. Auch die von der Klägerin aufgestellten Übersichten über die Wirkungen der Verordnung bedurften keiner Nachprüfung, da jene sich zur Zeit der Kündigung der Verträge durch die Beklagten noch nicht übersehen ließen und im Hinblick auf die erst kurze Geltungsdauer der Verordnung und die Möglichkeit von Schwankungen in der Auswirkung der Neuregelung sich auch jetzt kaum mit Sicherheit feststellen lassen. In dieser Beziehung spielt auch die Frage der Ausnutzung der Möglichkeit freiwilliger Weiterversicherung und ferner die zwar nicht durch die Verordnung vom 30. April 1920 aber gleichzeitig mit ihr bei der Klägerin geschehene Einführung der Familienversicherung eine Rolle, die sich erst nach längerer Geltungsdauer in ihrer Wirkung für die Beklagten beurteilen läßt, aber jedenfalls geeignet ist, die durch die Verordnung geschaffene Erweiterung des versicherten Personenkreises noch fühlbarer zu machen.

Auch der Einwand der Klägerin, den Beklagten sei die bevorstehende Neuregelung der Verhältnisse schon bei Abschluß des Vertrages vom 26. März 1920 bekannt gewesen, greift nicht durch. Selbst wenn damals schon in der Öffentlichkeit und in den Zeitungen über bevorstehende Änderungen gesprochen sein sollte, so waren die Beklagten dadurch noch nicht in die Lage versetzt, sich ein einigermaßen bestimmtes Bild von der beabsichtigten Neuordnung zu machen; zahlreiche Änderungspläne auf vielen Gebieten wurden schon damals täglich in der Öffentlichkeit erörtert, ohne daß sich im voraus abschätzen ließ, ob und welche Verwirklichung sie schließlich finden würden. Ebensowenig ist schließlich der Umstand von Bedeutung, daß der Vertrag vom 26. März 1920 nur kurze Geltungsdauer hat. Nach Lage der Sache kam es für die Beklagten darauf an, sofort grundsätzlich Stellung gegen die ihnen angesonnene Weiterarbeit bei völlig veränderter Grundlage des Dienstvertrages zu nehmen, schon um künftig beim Abschluß neuer Verträge dem Einwand vorzubeugen, daß sie sich den geänderten Verhältnissen widerspruchslos unterworfen hätten. Es lag daher ein wichtiger Grund zur sofortigen Kündigung des Vertrages trotz seiner kurzen Geltungsdauer vor. Bei dieser Sachlage bedurfte es keines Eingehens auf die weiteren Parteibehauptungen.

Danach war unter Abänderung des angefochtenen Urteils die Klage abzuweisen.

Anmerkung: Die Allgemeine Ortskrankenkasse Göttingen teilt uns bei Übersendung dieses Urteils mit, daß sie dagegen Revision eingelegt hat. Man darf der Entscheidung des Reichsgerichts mit Spannung entgegensehen. Die hauptsächliche Erwägung, daß durch die Erweiterung der Versicherungsgrenze breitere Schichten des Mittelstandes in die Versicherungspflicht einbezogen und somit der Privatpraxis der Ärzte entzogen sei, entbehrt einer hinreichenden und überzeugenden Begründung. Der gesunkene Geldwert und die gesteigerten Löhne lassen vielmehr die Ausdehnung der Versicherungsgrenze im wesentlichen nur als eine Anpassung an die veränderten Verhältnisse erscheinen, wodurch große Personenkreise, die aus der Versicherungspflicht nur wegen nomineller Erhöhung ihres Arbeitseinkommens ausgeschieden waren, den Kassen als Pflichtmitglieder wieder zugeführt wurden. Wenn aber durch die Rechtsänderung wirklich auch andere Personen versicherungspflichtig wurden, so wäre zu erwägen gewesen, wie viele von diesen etwa bis dahin bei der Kasse freiwillig versichert waren, also nicht infolge der Rechtsänderung der Privat-

Digitized by Google

praxis der Ärzte entzogen würden; und wenn dann noch ein Rest von Personen blieb, durch deren Ausscheiden aus der Privatpraxis die wirtschaftliche Lage der Ärzte nachteilig beeinflußt wurde, so genügt auch das noch nicht, die fristlose Kündigung nach § 626 BGB. zu rechtfertigen. Es hätte vielmehr irgendeine Methode gefunden werden müssen, die ungefähre Zahl jenes Restes von Personen zu ermitteln und danach ungefähr den Umfang der angeblichen Benachteiligung der Ärzte zu schätzen, um zu ermessen, ob wirklich, wie § 626 voraussetzt, ein „wichtiger" Grund für die fristlose Kündigung, das heißt: „eine wesentliche Änderung der bei Eingehung des Vertrages mutmaßlich gewürdigten Umstände" gegeben war (zu vgl. Mot. zum BGB. II S. 468, 469).

Nichts dergleichen hat das Berufungsgericht irgendwie in den Kreis seiner Erwägungen gezogen. Seine Entscheidung beruht daher auf einer unrichtigen Anwendung des Gesetzes, auf einer Verkennung des Rechtsbegriffes des „wichtigen Grundes" im Sinne des § 626 BGB.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Vereinbarung zwischen Zahnärzten und Krankenkassen.

Zwischen dem Wirtschaftlichen Verband Deutscher Zahnärzte E. V., Berlin, einerseits und dem Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen E. V., Dresden; Verband zur Wahrung der Interessen der deutschen Betriebskrankenkassen, Essen; Gesamtverband der Krankenkassen Deutschlands E. V., Essen; Allgemeiner Verband deutscher Landkrankenkassen E. V., Berlin; Verband deutscher Innungskrankenkassen, Hannover, andererseits ist am 24. Januar 1921 folgendes vereinbart:

§ 1. — Bei den Krankenkassen werden nur solche Zahnärzte zugelassen, welche die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen und die nachfolgenden Bestimmungen anerkennen.

§ 2. — Über die Auswahl der zuzulassenden Zahnärzte können mit der Zahnärzteorganisation am Sitze der Kasse Grundsätze oder Regeln vereinbart werden. Wo am Sitze der Kasse eine örtliche Zahnärzteorganisation nicht besteht oder Regeln über die Zulassung nicht zustande kommen, wird der Kassenvorstand die Auswahl — möglichst unter Berücksichtigung der Wohngegend und der Dauer der Niederlassung der Zahnärzte am Orte — vornehmen. Unter den zugelassenen Zahnärzten sollen die Versicherten, wenn nichts anderes vereinbart wird, die Wahl haben.

§ 3. — Die Beziehungen zwischen den einzelnen Zahnärzten und der Kasse werden durch schriftlichen Vertrag geregelt (§ 374 RVO.).

Wo am Sitz der Kasse eine örtliche Organisation der Kassenpraxis treibenden Zahnärzte besteht, kann mit dieser ein allgemeiner Vertrag (Kollektivvertrag) als Mantelvertrag abgeschlossen werden, neben dem die Kasse einen Einzelvertrag mit dem zugelassenen Zahnarzt fordern kann.

Im Einvernehmen der Parteien kann die im vorstehenden Absatze vorgesehene Regelung auch für Bezirke oder größere Gebiete (Länder, Provinzen oder dergl.) getroffen werden.

§ 4. — Die Bezahlung der Zahnärzte erfolgt nach folgenden Sätzen:

1.	Beratung eines Kranken einschl. Untersuchung und etwaiger schriftlicher Verordnung:	
	a) in der Wohnung des Zahnarztes (Die Berechnung für eine Beratung ist jedoch unzulässig, wenn eine Verrichtung berechnet wird.)	4 ℳ
	b) in der Wohnung des Kranken (Besuchsgebühr)	6 ℳ
2.	Ausziehen eines Zahnes oder dessen Wurzeln	3 ℳ
3.	Örtliche Betäubung, nur bei chirurgischen Eingriffen:	
	a) durch Injektion bis zu drei nebeneinanderstehenden Zähnen	4 ℳ
	b) Leitungsanästhesie	8 ℳ
4.	Abätzung einer Zahnpulpa	4 ℳ
5.	Vorbehandlung eines Zahnes einschl. Extraktion oder Amputation der Pulpa, Wurzelbehandlung und Wurzelfüllung	7 ℳ
6.	a) Füllung aus plastischem Material (Amalgam, Zement, Guttapercha) einschl. Abschleifen und Polieren	6 ℳ
	b) Silikatfüllung für die sechs oberen und sechs unteren Frontzähne	10 ℳ
7.	Behandlung von Munderkrankungen einschließlich Zahnsteinentfernung:	
	für die erste Sitzung	8 ℳ
	für jede folgende Sitzung	4 ℳ
8.	Kleinere operative Eingriffe	4 ℳ
9.	Größere operative Eingriffe (gemäß Ziff. 14 der Preuß. Gebührenordnung)	20 ℳ
	Für jede hierzu notwendige Nachbehandlung	4 ℳ
10.	Für die Stillung einer Nachblutung	6 ℳ
11.	Für die Behandlung in der Nachtzeit in dringenden Fällen (von abends 8 bis morgens 8 Uhr) tritt für die Behandlung ein Zuschlag ein von	6 ℳ

Für Auskünfte, Bescheinigungen (z. B. über Arbeitsunfähigkeit), für Feststellungen und alle schriftlichen Äußerungen, die für die Kassen notwendig werden, wird keine besondere Vergütung bezahlt.

Die vorstehenden Sätze sind Mindestsätze. Auf sie werden nur in den Orten der Ortsklassen A und B der Reichsbesoldungsordnung mit Ausnahme der Ziff. 1 Zuschläge gegeben, die bezirksweise durch die beiderseitigen Untergliederungen oder örtlich durch Vertrag zu vereinbaren sind.

Die Zuschläge können für die einzelnen Ansätze des Tarifs verschieden bemessen werden. Kommt eine Verständigung über die Zuschläge nicht zustande, so können die Beteiligten die Vermittlung der Hauptverbände anrufen.

§ 5. — Statt der Bezahlung nach § 4 können andere Vergütungsformen vereinbart werden.

§ 6. — Die Vergütungen für Zahnersatz richten sich nach den etwa vereinbarten Sätzen der in Betracht kommenden Landesversicherungsanstalt.

§ 7. — Die Leistungen des Zahnarztes haben sich nach Art und Zahl auf das Maß zu beschränken, das nach pflichtmäßigem Ermessen des Zahnarztes zur Beseitigung des Krankheitszustandes notwendig ist. Der Zahnarzt hat die Versicherten ebenso sorg-

Digitized by Google

fältig zu behandeln wie die Privatpatienten, aber sich jeder Vielgeschäftigkeit zu enthalten. Er hat die Behandlung selbst vorzunehmen oder durch seinen Stellvertreter, der approbierter Zahnarzt sein muß, vornehmen zu lassen.

Der behandelte Zahnkranke ist auf die Notwendigkeit einer regelmäßigen Zahnpflege aufmerksam zu machen.

§ 8. — Wird von Zahnkranken ausdrücklich ein anderes Füll- oder Ersatzmaterial oder weitergehende Leistung, als sie die Kasse gewährt, verlangt, so hat der Erkrankte eine Erklärung zu unterschreiben, daß dies, soweit die Kassenleistungen überschritten werden, auf eigenen Wunsch und eigene Kosten stattfinden soll. Der Zahnarzt darf eine solche Behandlung nicht anregen und hat sich jeder dahingehenden Einwirkung auf den Patienten zu enthalten.

Erscheint im Einzelfalle eine weitergehende Leistung notwendig, so hat der Zahnarzt vorher die Zustimmung der Kasse einzuholen.

§ 9. — Die Kassentätigkeit der Zahnärzte kann sowohl in Hinsicht auf die Gebührenberechnung und auf die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit als auch auf die Notwendigkeit und den Umfang der Arbeit und die Art der Ausführung durch einen Vertrauenszahnarzt geprüft werden. Die Kasse ist berechtigt, einen Vertrauenszahnarzt zu bestellen. Es steht ihr aber auch frei, diese Prüfung durch einen von einer Kassenvereinigung oder einem Kassenverbande bestellten Vertrauenszahnarzt vornehmen zu lassen.

Die Vertrauensärzte sollen tunlichst im Einvernehmen mit der Zahnärzteorganisation ausgewählt werden.

Die Prüfung kann durch einen gemeinsamen, gleichteilig aus Kassen- und Zahnärztevertretern zusammengesetzten Ausschuß vorgenommen werden. Die zugelassenen Zahnärzte und die Kassen unterwerfen sich der Entscheidung dieses Ausschusses.

Auf Wunsch einer Kasse ist die zuständige Zahnärzteorganisation verpflichtet, zu Untersuchungen und dergl. Zahnärzte zu benennen.

§ 10. — Bei Streit über die Auslegung oder Durchführung dieser Vereinbarung kann die Vermittlung eines Schiedsausschusses angerufen werden, den die beiderseitigen Untergliederungen zu diesem Zwecke bilden. Dieser Schiedsausschuß muß ebenfalls gleichzählig zusammengesetzt sein.

Wird eine Verständigung durch den Schiedsausschuß nicht erzielt, so kann die Vermittlung des für die betreffende Kasse in Betracht kommenden Hauptverbandes sowie des Vorstandes der zahnärztlichen Organisation angerufen werden.

§ 11. — Die laufenden Verträge werden durch diese Vereinbarung nicht berührt.

§ 12. — Diese Vereinbarung tritt am 1. Januar 1921 in Kraft und gilt bis zum 31. Dezember 1921.

Zusatz laut Niederschrift:

Zu den vorstehenden Bestimmungen wurde folgendes festgestellt:

§ 3 Abs. 2, 3 schließen nicht aus, daß die Verhandlungen über einen Vertrag mit einer Untergliederung des Wirtschaftlichen Verbandes Deutscher Zahnärzte erfolgen.

Die beteiligten Verbände erklären sich bis zum 15. Februar über die Annahme der Vereinbarung.

Durch die Annahme der Vereinbarung verpflichten sich die beteiligten Verbände, ihre Mitglieder zu ihrer Durchführung anzuhalten.

Das Abkommen zwischen Berufsgenossenschaften und Krankenkassen

zur Regelung der sich aus den §§ 1513, 1501, 1503 RVO. ergebenden Beziehungen — zu vgl. ArbVers. 1914 S. 22 ff. und 1920 S. 71 — ist durch Übereinkunft der beteiligten Verbände laut Mitteilung des Reichsversicherungsamts bis zum 31. Dezember 1921 verlängert,

„vorbehaltlich einer früheren Endigung, falls grundlegende Änderungen der Gesetzgebung über das Verhältnis zwischen Berufsgenossenschaften und Krankenkassen auf dem vertraglich geregelten Gebiete schon vorher in Wirkung treten sollten".

Der Allgemeine Verband deutscher Landkrankenkassen ist dem Abkommen beigetreten.

Beantwortung von Anfragen.

Rechtsauskünfte aus unserem Arbeitsgebiet erteilen wir den Beziehern unserer Zeitschrift bereitwillig, ohne indessen eine Verpflichtung oder eine zivilrechtliche Haftung zu übernehmen. Für schriftliche Auskunft wird Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten, und zwar auch dann, wenn nur Bescheid durch die Zeitschrift erbeten, die Sache aber zur Veröffentlichung an dieser Stelle nach unserem Ermessen nicht geeignet ist.

Kein Wiederaufleben freiwilliger Mitgliedschaft nach kurzer Unterbrechung durch Pflichtmitgliedschaft.

1. **Nach Karlsruhe (Baden).** Antwort: Wir fassen den für die Beurteilung des Falles erheblichen Sachverhalt nach Ihren Angaben wie folgt zusammen: Die X. war bei Ihrer Krankenkasse freiwillig weiterversichert. Am 21. 2. 20 kam sie nieder und bezog von Ihrer Kasse Leistungen der Wochenhilfe. Später stellte sich heraus, daß sie ein halbes Jahr vor der Niederkunft sechs Wochen lang als Kinderfräulein beschäftigt, dadurch versicherungspflichtiges Mitglied einer anderen Krankenkasse geworden und auch von ihrem Arbeitgeber bei dieser anderen Kasse angemeldet war, selbst aber hiervon keine Kenntnis hatte, vielmehr die Beiträge als freiwilliges Mitglied bei Ihrer Kasse weiterzahlte, wie wir daraus entnehmen, daß Sie ihr die Leistungen der Wochenhilfe gewährten, was doch die Aufrechterhaltung der freiwilligen Mitgliedschaft durch Fortzahlung der Beiträge voraussetzte (§ 314 Abs. 1 RVO.). Nun war aber die freiwillige Mitgliedschaft bei Ihrer Kasse mit dem Eintritt der X. in versicherungspflichtige Beschäftigung gemäß §§ 306, 312 RVO. erloschen. Wenn die X. in der ganzen Zeit die Beiträge zur freiwilligen Versicherung bei Ihrer Kasse regelmäßig, insbesondere auch nach der Beendigung jener sechswöchigen Pflichtmitgliedschaft, weiterzahlte, so könnte in Frage kommen, ob dadurch nicht ihre freiwillige Weiterversicherung wieder-

Digitized by Google

auflebte. Das ist aber zu verneinen. Die Mitgliedschaft kann nach § 313 nur bei der Kasse freiwillig fortgesetzt werden, aus deren Pflichtmitgliedschaft der Versicherte durch Beendigung der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausscheidet. Die X. konnte sich also nur bei jener anderen Kasse, der sie 6 Wochen hindurch als Pflichtmitglied angehört hatte, weiterversichern. Daß sie von ihrer Pflichtversicherung und folglich auch von deren Beendigung keine Kenntnis hatte, ist als reiner Rechtsirrtum unerheblich und kann jedenfalls nicht die Wirkung haben, daß die freiwillige Versicherung bei Ihrer Kasse als nicht erloschen oder als wiederaufgelebt angesehen werden könnte. Die X. hat also die Leistungen der Wochenhilfe zu Unrecht empfangen und muß sie zurückerstatten. Anderseits hat sie Anspruch auf Rückzahlung der grundlos gezahlten Beiträge für die Zeit vom Eintritt in die versicherungspflichtige Beschäftigung an. (Zu vgl. übrigens ArbVers. 1919 S. 237 Ziff. 5, 1920 S. 599 Ziff. 14.)

Wochengeld und Krankengeld.

2. **Nach Bochum.** Antwort: Wir halten die Auskunft im Jahrg. 1920 S. 519 Ziff. 8 aufrecht. Anders als früher bestimmt das Gesetz (§ 195a Abs. 1 Ziff. 2 RVO.) jetzt, daß von den 10 Wochen des Wochengeldbezuges vier in die Zeit vor und sechs in die Zeit nach der Entbindung fallen müssen. Daraus und aus der Vorschrift, daß neben Wochengeld Krankengeld nicht gewährt wird (§ 195a Abs. 2), folgt mit Notwendigkeit, daß in dem der Auskunft zugrunde liegenden Fall das der Wöchnerin für die vier Wochen vor der Niederkunft zustehende Wochengeld auf das ihr für die gleiche Zeit bereits gezahlte Krankengeld anzurechnen ist und daß sie nur noch für sechs Wochen Anspruch auf Krankengeld hat.

Zu Unrecht zugelassener Beitritt zur Kasse ist wirkungslos.

3. **Nach Münster i. W.** Antwort: Der mit Unrecht zugelassene Beitritt von Personen mit mehr als 2500 ℳ Jahreseinkommen (zu vgl. Heft 4 S. 78 Ziff. 7a) hat eine Kassenmitgliedschaft nicht begründet. Die Kasse darf daher nicht nur weitere Beiträge nicht mehr annehmen, sondern muß auch die bisher entrichteten zurückzahlen und kann andererseits die gewährten Kassenleistungen zurückfordern, soweit nicht § 213 RVO. zutrifft.

Versicherungsrechtliche Stellung der Gesellschafter einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung.

4. **Nach B.** Antwort: Die Gesellschaft mit beschränkter Haftung nach dem Reichsges. in der Fassung v. 10. 5. 97 (RGBl. S. 849 ff.) hat als solche selbständig ihre Rechte und Pflichten (§ 13), stellt also eine eigene Rechtspersönlichkeit dar, die daher auch wirtschaftlich und versicherungsrechtlich die Unternehmerin des auf den Gesellschaftszweck (§ 1) gerichteten Betriebes ist. In dieser Eigenschaft wird die Gesellschaft durch einen oder mehrere Geschäftsführer, die nicht Gesellschafter zu sein brauchen, gerichtlich und außergerichtlich vertreten (§§ 6, 35). Die Gesellschafter sind nur mit einem Kapitalbetrage, der Stammeinlage, beteiligt; diese Geschäftsanteile sind veräußerlich und vererblich (§§ 14, 15). Eine unmittelbare Teilnahme an der Geschäftsführung steht den einzelnen Gesellschaftern nicht zu; nur die Versammlung der Gesellschafter hat in gewissen Grenzen über Angelegenheiten der Gesellschaft zu beschließen (§§ 45 ff.). Aus alledem folgt, daß der einzelne Gesellschafter wie irgendein Fremder der Gesellschaft gegenübersteht, wenn er sich zu Diensten für die Gesellschaft gegen Entgelt verpflichtet, und daß er dadurch, je nach Art der Dienste, als Arbeiter oder Gehilfe oder Betriebsbeamter usw. in ein nach § 165 RVO. versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis zu der durch den Geschäftsführer vertretenen Gesellschaft tritt. Im vorliegenden Falle kann es hiernach kaum zweifelhaft sein, daß die als „Milchhändler" bezeichneten Mitglieder der Gesellschaft, welche in einem Dienstvertrage den Milchvertrieb übernommen haben und dafür einen nach der Menge der verkauften Milch bemessenen Entgelt von der Gesellschaft beziehen, versicherungspflichtige Arbeitnehmer der Gesellschaft sind, wie dies auch in den Bescheiden des Gewerbeinspektors und des Regierungspräsidenten angenommen ist.

Vermögenszuweisung bei Schließung einer Betriebskrankenkasse.

5. **Nach V. A. R.** Antwort: Daß in dem vom Oberversicherungsamte bestimmten Zeitpunkte der Schließung der Betriebskrankenkasse im ganzen vier Versicherte in dem Betriebe beschäftigt wurden, nötigt nicht ohne weiteres dazu, den Vermögensrest der Kasse gemäß § 303 RVO. der allgemeinen Ortskrankenkasse allein zuzuweisen, zu der diese vier Personen übergehen. Denn der Grund der Schließung (§ 274 Ziff. 1 RVO.) hatte sich schon vorher ergeben, als Monate hindurch der Betrieb überhaupt gänzlich ruhte. Die Fassung des § 303 läßt auch die Berücksichtigung derjenigen Kassen zu, zu denen schon damals anläßlich der tatsächlichen Einstellung oder Einschränkung des Betriebes Mitglieder der Betriebskrankenkasse erweislich übergegangen sind (zu vgl. ArbVers. 1920 S. 80 Ziff. 26). Dagegen halten wir es im Sinne des § 303 nicht für angängig, die Zuweisung eines Vermögensanteils an die allgemeine Ortskrankenkasse lediglich darauf zu gründen, daß die Arbeiter der Firma bei dieser Kasse versichert gewesen sein würden, wenn die Firma eine eigene Betriebskrankenkasse nicht errichtet hätte.

Haftung der Krankenkasse aus der Besorgung von Geschäften der Invalidenversicherung.

6. **Nach Lübbecke.** Antwort: Für die Haftung der Krankenkasse ist es ohne Belang, daß sie für die Besorgung des Beitragseinzugs und des Kartenumtausches gemäß § 1456 Abs. 2 RVO. eine Vergütung nicht erhält. Sie haftet der Landesversicherungsanstalt für getreue Geschäftsverwaltung (§ 23) und muß daher, wenn sich ergibt, daß Marken geringeren Wertes verwendet sind, den Unterschiedsbetrag von dem Beitragsschuldner einziehen und nötigenfalls beitreiben lassen. Hierzu können die Kassenorgane im Aufsichtswege angehalten werden (§§ 30, 31, 377 RVO.). Erleidet die Versicherungsanstalt durch Schuld des Kassenvorstandes oder eines Angestellten einen Ausfall, so haftet dafür die Kasse (zu vgl. Hanow, Anm. 8 zu § 1447 RVO.). Dieser Anspruch würde im ordentlichen Rechtswege zu verfolgen sein.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmih, fortgeführt 1901 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. OberReg.-Rat Dr. J. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Jacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

Heft 1310 der ganzen Folge.

38. Jahrgang | 11. März 1921 | Heft 6

Die Rechtswirkungen des Reichsgesetzes vom 26. 12. 1920 über eine außerordentliche Beihilfe für Empfänger von Renten aus der Invalidenversicherung.

Von Professor Dr. Alfred Manes in Berlin.*)

Das Gesetz über eine außerordentliche Beihilfe für Empfänger von Renten aus der Invalidenversicherung hat eine ungewöhnliche Entstehungsgeschichte. Es ist mit einer Schnelligkeit, die wohl einen Rekord darstellt, eingebracht und angenommen worden. Hierin dürfte wenigstens zum Teil die Erklärung dafür zu suchen sein, daß dieses Gesetz unzureichend beraten, mangelhaft gefaßt, in seinen Konsequenzen von den beteiligten Instanzen ungenügend durchdacht, eine starke Unzufriedenheit und große Beunruhigung, ja Empörung in weiten Kreisen der Industrie, der Unternehmer wie der Arbeiter hervorgerufen hat, obgleich es geplant war als ein Weihnachtsgeschenk, das alle Beteiligten zufriedenstellen sollte. Gerade das Gegenteil ist erreicht worden, weil der Erlaß des Gesetzes zuerst zu lange verzögert, dann aber überstürzt worden ist, so daß es durchaus kein klares Recht schafft.

Das Gesetz wurde auf Grund eines Initiativantrages sämtlicher Parteien mit Ausnahme der unabhängigen, sozialdemokratischen und der kommunistischen Parteien vom Reichstag am Sonnabend, den 18. Dezember 1920, angenommen. Der Reichsrat erteilte unverzüglich seine Zustimmung.

Das Gesetz will zulageberechtigten Rentenempfängern eine Erhöhung ihrer Bezüge verschaffen und gewährt ihnen daher vom 1. Januar 1921 ab bis auf weiteres eine Beihilfe. Zur Deckung der Aufwendungen für die Beihilfe werden die Beiträge zur Invalidenversicherung zum doppelten Geldwert berechnet, und zwar tritt diese letztere Bestimmung (§ 5) mit Wirkung vom 20. Dezember 1920 in Kraft (§ 9), die übrigen Vorschriften mit dem 1. Januar 1921. Das Gesetz wurde unter dem 26. Dezember vom Reichspräsidenten vollzogen und in der letzten Nummer des Reichsgesetzblattes Jahrgang 1920, aufgegeben am 31. Dezember, veröffentlicht. Noch am 18. Dezember bereits wurde jedoch, auf Veranlassung des Reichsarbeitsministers, durch den Reichspostminister allen Postanstalten telegraphisch der Verkauf von Invalidenmarken untersagt, während die meisten Landesversicherungsanstalten noch Ende Dezember ohne jede offizielle Aufklärung über diesen Vorgang wie über das Gesetz selbst waren.

Als in der mit dem 20. Dezember beginnenden Woche der Verkauf von Invalidenmarken wieder vor sich ging, wurden diese ausnahmslos nur zum doppelten Preis an

*) Rechtsgutachten, erstattet im Auftrage des Reichsverbandes der Deutschen Industrie. — Zu vgl. ArbVers. 1921 Heft 3 S. 41, 53 und anderseits Heft 7 S. 133.

Digitized by Google

das Publikum abgegeben, gleichviel, ob es sich dabei um Marken handelte, die für vergangene Wochen und Monate oder für künftige geklebt werden sollten. Auch die Landesversicherungsanstalten, an die das Publikum sich wandte, verweigerten die Abgabe von Marken für zurückliegende Zeiten zum alten Preis, z. T. freilich mit der ausdrücklichen Erklärung ihres Bedauerns und Erstaunens, daß ihnen dies untersagt worden sei.

1. Die Art der Durchführung des Gesetzes ist verfassungswidrig.

a) Auf Grund von Artikel 71 der neuen Reichsverfassung geschieht die Verkündigung eines Gesetzes ebenso wie nach der alten Reichsverfassung vermittels des Reichsgesetzblattes. „Diese Art der Verkündigung ist die einzige, welche rechtliche Wirkung hat; sie kann durch kein anderes Mittel der Bekanntmachung ersetzt werden . . . Es gibt keine Reichsgesetze mit verbindlicher Kraft, welche nicht im Reichsgesetzblatt abgedruckt sind." (Laband: Das Staatsrecht des Deutschen Reiches § 15 II Nr. 4.) Solange ein Gesetz im Reichsgesetzblatt nicht zum Abdruck gelangt ist, besteht es als solches nicht und hat keinerlei rechtliche Wirkung. Auch auf Grund der neuen Reichsverfassung gilt dies. (Vgl. Lusensky: Der neue Staat auf Grundlage der neuen Reichsverfassung, Berlin 1920, S. 90.) „Die Verkündung, die im Reichsgesetzblatt erfolgt, ist zum Zwecke der Bekanntgabe an die Bevölkerung notwendig, weil nach allgemeinen Rechtsgrundsätzen nur ein ordnungsgemäß verkündetes Gesetz rechtliche Wirkungen haben kann."

Infolgedessen widerspricht es ebenso allgemeinen staatsrechtlichen Regeln wie der Vernunft, in einem Gesetz, für dessen unverzügliche Verkündigung nicht gesorgt ist, für das Inkrafttreten einer Bestimmung ein Datum festzusetzen, an dem die Verkündigung noch nicht stattgefunden hat. Wollte man in dem vorliegenden Gesetz den gewünschten Erfolg erreichen, so wäre Sorge dafür zu tragen gewesen, daß die Verkündigung noch am 18., spätestens am 20. Dezember hätte erfolgen können.

b) Selbst wenn die bisherigen Ausführungen keine Billigung finden sollten, man sich vielmehr auf den Standpunkt stellen würde, daß infolge außerordentlicher Verhältnisse ein Abweichen von den allgemein gültigen Regeln statthaft gewesen wäre, so wird man zugeben müssen, daß dann jedenfalls nicht vor dem 20. Dezember irgendwelche praktischen Folgerungen aus dem Gesetz gezogen werden dürften. Wenn das Gesetz anordnet, daß vom 20. Dezember ab die Invalidenmarken nur zum doppelten Preis abgegeben werden dürfen, so wird dadurch keinem Ministerium die Ermächtigung erteilt, am 18. Dezember den Verkauf der Invalidenmarken überhaupt zu inhibieren. Nach Art. 7 Ziff. 9 der Reichsverfassung gehört die Versicherung der Arbeiter zur Gesetzgebung des Reichs. Ein selbständiges Verordnungsrecht praeter legem besitzt aber die Reichsregierung nicht, wie aus Art. 5 der Reichsverfassung folgt. Durch die unberechtigte Verkaufssperre ist einem beträchtlichen Teil der Bevölkerung ein mehr oder minder erheblicher finanzieller Nachteil bereitet worden. Dergleichen hat das Gesetz ebensowenig gewollt, wie es dies zum Ausdruck bringt. Eine Reihe Postämter, beispielsweise in Oberschlesien die Ämter Weißwasser und Schleife, waren, wie aus einer Mitteilung der „Berliner Morgenpost" hervorgeht, vorher wochenlang überhaupt ohne Invalidenmarken gewesen. Wie will das Reichspostministerium es rechtfertigen, daß für diese ausschließlich auf das Ministerium zurückzuführende Fahrlässigkeit die Unternehmer nunmehr die doppelten Beträge zahlen sollen? In der Anordnung der Einstellung des Verkaufs der Invalidenmarken ist ein ungerechtfertigtes Verhalten der in Betracht kommenden Ministerien zu erblicken, so daß es keinem Zweifel unterliegt, daß gegen diese Anspruch auf Schadenersatz im Wege der ordentlichen Zivilklage, die sich gegen den Fiskus richtet, erhoben werden kann. (Diese Auffassung vertritt auch Brunn in der Arb. Vers. vom 21. Januar 1921 S. 45.)

Die Klage ist auf § 839 BGB. zu stützen,

Digitized by Google

da es sich um die Verletzung der einem Dritten gegenüber obliegenden amtlichen Pflicht von seiten eines Beamten handelt. Zweifel kann darüber bestehen, ob diese Verletzung vorsätzlich oder fahrlässig stattgefunden hat. Da aber, wenn dem Beamten nur Fahrlässigkeit zur Last fällt, er lediglich dann in Anspruch genommen werden kann, wenn der Verletzte nicht auf andere Weise Ersatz zu erlangen vermag, so wird vor Anstrengung der Zivilklage versucht werden müssen, durch den in der Reichsversicherungsordnung angeordneten Beschwerdeweg Ersatz des Schadens zu erreichen.

2. Die Berechnung der Beiträge zur Invalidenversicherung zum doppelten Geldwert dient nach § 5 zur Deckung der Aufwendungen für die Beihilfe, die mit dem 1. Januar 1921 beginnen soll. Es wäre daher logisch gewesen, wenn mit Wirkung vom 1. Januar ab neue Invalidenmarken, die auf den doppelten Betrag hätten lauten müssen, sei es durch Neudruck, sei es durch (Stempel-) Aufdruck der erhöhten Wertbezeichnung ausgegeben worden wären. Dafür hätten Arbeits- und Postministerium beizeiten sorgen können und müssen. Weil diese Ämter aber diese Pflicht versäumt haben, kann man nicht willkürlich eine große Zahl Arbeitgeber durch den Zwang zur Doppelzahlung bestrafen. Von der Auffassung ausgehend, auch ein Aufdruck ließe sich technisch nicht ermöglichen (eine Auffassung, die übrigens durchaus zu bezweifeln ist, zumal selbst im Krieg ähnliche Aushilfsmittel allenthalben angewandt worden sind), griff man zu dem auffälligen und zweifelsohne in seinen Folgen keineswegs genügend durchdachten Ausweg, die alten Marken unverändert zum doppelten Geldwert ausgegeben, und zwar zur Vermeidung einer Schädigung der Versicherungsanstalten bereits am 20. Dezember. Die Folge hiervon ist, daß alle diejenigen, welche noch Marken, sei es durch Zufall, sei es in Voraussicht des kommenden Gesetzes, vorrätig hielten, ohne sich irgendeiner Strafe auszusetzen, nach wie vor die zum alten Preis gekauften Marken verwenden können.

Auf der anderen Seite ist das Gesetz vom Arbeitsministerium und seinen nachgeordneten Instanzen dahin ausgelegt worden, daß auch die Beitragsmarken zum doppelten Wert berechnet werden müssen, die für eine zurückliegende Zeit zu kleben sind.

Diese Auffassung ist aus verschiedenen Gründen unberechtigt und unhaltbar.

a) Bei der Rechtfertigung des Standpunktes, daß der doppelte Geldwert auch für zurückliegende Beiträge berechnet werden müsse, beziehen sich die Verteidiger darauf, daß dies Wille und Absicht des Reichstagsausschusses, welcher den Gesetzentwurf beraten hat, gewesen sei. Demgegenüber muß aber darauf hingewiesen werden, daß keineswegs diese Auffassung von allen Ausschußmitgliedern geteilt worden ist. Ein besonders sachkundiges Ausschußmitglied hat wenigstens ausdrücklich sich dagegen verwahrt, diese Auffassung geteilt zu haben. Bemerkenswert ist, daß auch Landesversicherungsanstalten keineswegs aus dem Gesetz herausgelesen haben, es solle der doppelte Geldwert auch für frühere Beiträge berechnet werden. In dieser Beziehung ist namentlich auf Äußerungen der Landesversicherungsanstalt Baden zu verweisen.

b) Man dürfte den Verfassern des Gesetzes kaum Unrecht tun, wenn man annimmt, daß sie sich bei der Schnelligkeit der Beratung nicht völlig klar gewesen sind, in welchem Umfange durch die etwaige Anwendung der Bestimmungen auch auf zurückliegende Zeiten Arbeitgeber wie Arbeitnehmer finanziell benachteiligt werden, ohne daß in zahlreichen Fällen die einen oder die anderen sich auch nur die allergeringste Fahrlässigkeit haben zuschulden kommen lassen; denn keineswegs wird in allen Fällen die Praxis geübt, die von dem der Versicherung Fernstehenden oft als die allein herrschende angesehen wird, daß nämlich die Entrichtung der Beiträge durch Einkleben von Marken am Ende jeder Woche stattfindet. Diese Art ist nur die Regel, doch gestattet § 1429 ausdrücklich in gewissen Fällen das Einkleben für ein ganzes Vierteljahr noch in der letzten

Digitized by Google

Woche desselben. In zahlreichen Fällen (keineswegs nur in wenigen, wie in einem Aufsatz der Nationalliberalen Correspondenz vom 8. Januar 1921 sogar von einem der für das Gesetz Hauptverantwortlichen behauptet wird) haben aus wohlerwogenen Gründen Landesversicherungsanstalten die Anwendung des Verfahrens im Sinne des § 1429 gestattet. Es sind also durchaus nicht nur „die Saumseligen, die nicht zeitig ihre Beiträge geleistet haben" (vgl. den schon erwähnten Aufsatz), welche nachteilig betroffen werden, und es handelt sich auch keineswegs um „einen geringen Mehrbetrag", sondern, wie bewiesen werden kann, oft um viele Tausende, ja selbst Zehntausende. Auch werden von vielen Mehrzahlungen für die zurückliegende Zeit Arbeiter betroffen, woran die Gesetzgeber überhaupt nicht gedacht zu haben scheinen. Nach § 1430 können dem Arbeitgeber sogar noch andere, für ihn noch günstigere Fristen gewährt werden, als § 1429 vorsieht.

c) Neben dem Klebeverfahren spielt das in den §§ 1447 bis 1457 geordnete Einzugsverfahren eine nicht unerhebliche Rolle. Hier hat der Arbeitgeber mit Einzahlung des Geldbetrages an die Einzugsstelle seine Beträge wirksam entrichtet, und es kann von ihm eine Nachzahlung keinesfalls verlangt werden, gleichviel ob die Einzugsstelle für den empfangenden Geldbetrag Marken gekauft und verwendet hat oder nicht. Zu diesem Einzugsverfahren enthält Nr. 1 der „Invaliditäts- und Alters-Versicherung", Mainz, vom 15. Januar 1921 eine Bekanntmachung der Landesversicherungsanstalt Hessen über die Durchführung des Gesetzes vom 26. Dezember 1920. Hier wird mitgeteilt, daß im Einverständnis mit dem Reichsarbeitsministerium und dem Reichsversicherungsamt beim Einzugsverfahren wenigstens die Beiträge, die vor dem 1. Dezember fällig gewesen sind, nicht zum doppelten Wert bezahlt zu werden brauchen, so daß die Arbeitgeber von Versicherungsanstalten mit Einzugsverfahren nicht die gleichen Nachteile erleiden wie die übrigen Arbeitgeber. Die Landesversicherungsanstalten dürfen nach der erwähnten Anordnung der ihnen vorgesetzten Reichsämter den Einzugsstellen für die bevorzugten Arbeitgeber die erforderlichen Beitragsmarken zum seitherigen Werte überlassen. Hieraus ergibt sich aber unwiderleglich, daß das Reichsarbeitsministerium des Gesetz rein willkürlich auslegt. Denn entweder muß in allen Fällen eine Ausgabe von Marken zum doppelten Wert erfolgen, oder aber dieses Verfahren ist in allen Fällen unzulässig. Diese völlig unhaltbare Rechtsverschiedenheit läßt auffälligerweise ein Beschluß des Versicherungsamts in Hamburg vom 1. Februar unbeachtet.

d) Daraus, daß in § 5 ausdrücklich der Zweck, zu welchem die Berechnung zum doppelten Geldwert stattfinden soll, angegeben wird, ist zu folgern, daß für vergangene Zeiten, in denen die Beihilfe also noch nicht gewährt worden ist, auch nicht der doppelte Geldwert der Marken in Ansatz gebracht werden soll. Der Umstand, daß für Beiträge am 20. Dezember Doppelzahlung erfolgen soll, beeinträchtigt diese notwendige Folgerung nicht, da die Festsetzung dieses Datums lediglich den Zweck haben sollte, eine Schädigung der Reichskasse zu verhindern. Aber dieser Zweck läßt sich erfüllen, auch ohne daß für zurückliegende Zeiten der doppelte Geldwert berechnet wird. Eine Rechtfertigung des hier vertretenen Standpunktes ergibt sich auch aus der Begriffsbestimmung der Beiträge. Diese sind nämlich „auf dem Gebiete der Invalidenversicherung diejenigen Geldleistungen, welche zur Deckung des Bedarfs der Versicherungsanstalten auf die zu versichernden Personen als finanzielles Äquivalent ihrer Versicherung entfallen". (Rosin: Das Recht der Invaliden- und Altersversicherung, Berlin 1905, § 36, S. 359.) Wenn es schon fraglich ist, ob durch Verdoppelung der Beiträge für die Zeit nach dem 20. Dezember nicht mehr vereinnahmt wird, als zur Deckung der Beihilfe nötig ist, so ist es erst recht zweifelhaft, ob etwa gelegentlich der Vorbereitung des Gesetzes, bei

Digitized by Google

der mathematisch-statistischen Berechnung der erforderlichen Mittel zur Beihilfe-Deckung, die Einnahmen der Versicherungsanstalten aus erhöhten Beiträgen für die Zeit vor dem 20. Dezember in Ansatz gebracht worden sind.

e) In dem oben erwähnten Beschluß wird darauf hingewiesen, das Gesetz spreche nicht von einer „Erhöhung" der Beiträge, sondern sage, die Beiträge würden „zum doppelten Werte berechnet". Das könne aber nur bedeuten, daß die alten Marken zum doppelten Betrage ihres Gesamtwertes verkauft werden sollten. Das Versicherungsamt liest ferner aus dem Gesetz heraus, die alten Marken sollten „ohne jede Änderung oder besondere Kennzeichnung auch ohne Änderung des Wertaufdrucks zum doppelten Preise verkauft werden". Diese Annahme entbehrt aber doch offensichtlich jeder Berechtigung. Hiervon steht im Gesetz kein Wort darin. Die Unrichtigkeit der Auffassung wird auch dadurch bekundet, daß die Einzugsstellen, wie oben dargelegt, die Marken noch zum einfachen Nennbetrag erhielten.

f) Der Wortlaut des Gesetzes spricht entschieden gegen eine Auslegung, wonach auch für zurückliegende Zeiten Doppelzahlungen zu leisten sind. Mag „diese harte Folge von den Vätern des Gesetzes auch gewollt sein" (Beschluß des Hamburger Versicherungsamts), so waren sie sich doch entschieden nicht völlig klar über die Tragweite; vor allem erlangen jedoch Motive keine Gesetzeskraft. Wenn aber das Gesetz sagt, daß mit Wirkung vom 20. Dezember die Beiträge zum doppelten Geldwert berechnet werden sollen, so können hierunter nur die ab 20. Dezember fälligen Beiträge verstanden werden, nicht aber die schon früher fällig gewordenen. Fällig ist aber ein Beitrag, sobald eine versicherungspflichtige Person eine versicherungspflichtige Beschäftigung ausübt, und zwar ist nach der ganzen Anlage der Invalidenversicherung wenn nicht stets, so doch in der Regel eine wöchentliche Fälligkeit der Beiträge anzunehmen. Hätte das Gesetz vom 26. Dezember auch die früher fällig gewesenen Beiträge mit einbeziehen wollen, so wäre eine Aufhebung der einschlägigen Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung unerläßlich gewesen. Dies hat aber der Gesetzgeber unterlassen. Eine unzweideutige Aufhebung, insbesondere auch der §§ 1411, 1412 der Reichsversicherungsordnung ist nicht erfolgt. Es fehlt mithin die erforderliche rechtliche Grundlage dafür, daß für andere als nach dem 20. Dezember 1920 fällige Beiträge die Marken zu einem anderen als dem bisherigen Nennwert ausgegeben worden sind.

Nach alledem bedeutet der unterschiedslose Verkauf von Invalidenmarken zum doppelten Geldwert für diejenigen Arbeitgeber, Arbeitnehmer und Selbstversicherer, welche aus irgendeinem gesetzlich anerkannten Grund für zurückliegende Zeiten noch keine Marken gekauft und geklebt hatten, eine unberechtigte Vermögensschädigung, für die Landesversicherungsanstalten aber eine ungerechtfertigte Bereicherung, so daß eine Rückerstattung des zuviel gezahlten Betrages von den Versicherungsanstalten verlangt und in dem in der Reichsversicherungsordnung vorgeschriebenen Instanzenweg erzwungen werden kann.

In Betracht kommt hier § 1459, wonach bei Streit über die Beitragsleistung das Versicherungsamt und auf Beschwerde endgültig das Oberversicherungsamt zu entscheiden hat. Da es sich aber um eine noch nicht feststehende Auslegung einer gesetzlichen Vorschrift von grundsätzlicher Bedeutung handelt, muß das Oberversicherungsamt die Sache unter Begründung seiner eigenen Ansicht an das Reichsversicherungsamt abgeben, wenn es der Beschwerdeführer innerhalb der Beschwerdefrist beantragt hat. Die Stellung eines solchen Antrages ist dringend zu empfehlen, wobei darauf hinzuweisen ist, daß auch andere Beteiligte diesen Antrag binnen einer Woche stellen können, nachdem sie die Gelegenheit sich zu äußern erhalten haben. In diesen Fällen entscheidet dann das Reichsversicherungsamt statt des Oberversicherungsamtes.

Digitized by Google

Bei einem Obsiegen in dem Verfahren muß das Versicherungsamt die zuviel bezahlten Beiträge, die im Sinne des § 1446 als irrtümlich entrichtet anzunehmen sind, von der Versicherungsanstalt auf Antrag wieder einziehen und den Beteiligten, den Arbeitgebern und den Versicherten, zurückzahlen.

3. Es ist seitens des Reichsarbeitsministeriums der Versuch unternommen worden, die durch das Gesetz vom 26. Dezember 1920 eingeführte Beitragsverdoppelung als „eine Leistung steuerlicher Art für eine Notstandmaßnahme" darzustellen — eine Entgleisung, hinsichtlich deren sogar das Hamburger Versicherungsamt in seinem zitierten Beschluß das Ministerium zu rektifizieren für erforderlich erachtet. Diese Auslegung entbehrt jeglicher Begründung und muß als vollkommen willkürlich, durch nichts gerechtfertigt, bezeichnet werden; denn für die Vorbereitung steuerlicher Gesetzgebung ist das Reichsfinanzministerium zuständig, nicht das Reichsarbeitsministerium. Selbst wenn man sich aber auf den Standpunkt stellen wollte, es handele sich hier um eine Steuer, so fehlt doch jeder Rechtsgrund, diese Steuer so völlig ungleich zu verteilen, wie es das Arbeitsministerium dadurch erstrebt, daß es diejenigen bestraft, welche völlig ordnungsmäßig für eine Anzahl Beitragswochen, die vor dem 20. Dezember liegen, Marken noch nicht gekauft hat, während anderseits alle diejenigen von der sogenannten Steuer befreit bleiben, die absichtlich oder zufällig Markenvorräte besitzen. Wie wollte man fernerhin die „Steuerfreiheit" der Unternehmer, welchen das Einzugsverfahren gestattet ist, rechtfertigen?

Von anderer Seite ist erklärt worden, eine Rückerstattung der für die Zeit vor dem 20. Dezember gezahlten Doppelbeträge sei ausgeschlossen, „schon wegen der Geschäftsüberlastung der Landesversicherungsanstalt". Diese nicht minder ungewöhnliche Rechtfertigung wird zweifelsohne keiner richterlichen Nachprüfung standhalten.

Ebenso geht die Behauptung fehl, daß das Reichsarbeitsministerium Ausführungsbestimmungen zu dem Gesetz nicht bringen darf, da der Erlaß solcher nicht vorgesehen sei. Demgegenüber erklärt Artikel 77 der Reichsverfassung aber, daß die Reichsregierung allgemeine Verwaltungsvorschriften zur Ausführung der Reichsgesetze erläßt, soweit die Gesetze nichts anderes bestimmen.

4. Schließlich ist noch die Frage kurz zu prüfen, ob bzw. in welchem Umfang eine Verteilung der vom Arbeitgeber bezahlten Beiträge zum doppelten Geldwert auf die Arbeitnehmer statthaft ist.

§ 5 Absatz 2 verfügt ausdrücklich die entsprechende Anwendung der Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über die Entrichtung der Beiträge durch die Arbeitgeber (§§ 1426 ff.). Insbesondere gilt mithin auch § 1432, wonach die Versicherungspflichtigen sich bei der Lohnzahlung die Hälfte der Beiträge abziehen lassen müssen. Dies gilt natürlich ohne Rücksicht auf die Höhe der vom Arbeitgeber zu zahlenden Beiträge. Es kommt ferner in Betracht § 1433, wonach bei einer Lohnzahlung unterbliebene Abzüge nur noch bei der nächsten Lohnzahlung nachgeholt werden können, es sei denn, daß der Arbeitgeber ohne sein Verschulden wirksame Beiträge nachträglich entrichtet. Etwaige Streitigkeiten darüber, ob die Versicherten von den erhöhten Beiträgen die Hälfte zu tragen haben, wenn ihnen der halbe Beitrag nach dem früheren Nennwert schon in Abzug gebracht ist, müßten nach § 1461 der Reichsversicherungsordnung ihre Erledigung finden. Jedenfalls war es nicht die Absicht des Gesetzgebers, den Arbeitgeber allein zu belasten, und zu einer solchen Auffassung bietet auch das Gesetz keine Möglichkeit. (Weitere Unklarheiten des Gesetzes erörtert Brunn in dem oben erwähnten Aufsatz der Arbeiter-Versorgung.)

Digitized by Google

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Beschäftigungsort des Dienstpersonals während eines Sommeraufenthalts des Dienstberechtigten.

Entscheidung des Oberversicherungsamts Berlin v. 27. Januar 1921 (III. B. K. 856/20).

Der Bankier W. führt seinen eigentlichen Haushalt in Berlin, ist aber — wie alljährlich, so auch im Sommer 1919 — auf mehrere Monate nach seinem zweiten Wohnsitz in Neubabelsberg mit seinem gesamten Dienstpersonal übergesiedelt und hat das Dienstpersonal dort auch polizeilich gemeldet. Nur hin und wieder hat während der Abwesenheit von Berlin das Dienstpersonal den Auftrag gehabt, die Berliner Wohnung zu reinigen und in Ordnung zu bringen. Die für Neubabelsberg zuständige allgemeine Ortskrankenkasse schließt aus diesem Tatbestande, daß mit der mehrmonatigen Verlegung des Haushaltes des W. nach Neubabelsberg auch der Beschäftigungsort seines Dienstpersonals im Sinne des § 153 RVO. nach dort verlegt worden und damit ihre Zuständigkeit für die Dauer dieser Verlegung begründet sei. Dementgegen hat der Vorsitzende des Versicherungsamts durch Vorentscheidung ausgesprochen, daß W. zu der für Neubabelsberg zuständigen allgemeinen Ortskrankenkasse weder melde- noch beitragspflichtig sei. Die hiergegen erhobene Beschwerde der Kasse ist vom Oberversicherungsamt zurückgewiesen worden aus folgenden Gründen:

Das Reichsversicherungsamt hat unter dem 10. Oktober 1914 entschieden, daß eine mehr- (fünf-) monatige Tätigkeit der Dienstboten an einem Orte, an dem die Herrschaft einen eigenen Haushalt führt, nicht mehr als Arbeitsverhältnis von geringer Dauer angesehen werden kann, es hat aber diese Entscheidung ausdrücklich damit begründet, daß sonst die rasche Versorgung der Kassenmitglieder bei Erkrankungen nicht genügend sichergestellt sei und anderseits hervorgehoben, daß eine nur mehrwöchige Begleitung der Dienstherrschaft auf einer Erholungsreise noch als eine Beschäftigung von geringer Dauer zu betrachten ist*).

Offenbar hat das Reichsversicherungsamt damit aussprechen wollen, daß es für die Entscheidung der Frage, ob die Beschäftigung von Dienstboten außerhalb des eigentlichen Haushaltes der Herrschaft an ihrer Kassenzugehörigkeit etwas ändert, auf die tatsächlichen Verhältnisse ankommt. Im vorliegenden Falle in dem es sich darum handelt, daß sich der eigentliche Haushalt in Berlin befindet und die mehrmonatige Beschäftigung der Dienstboten des Beschwerdeführers in Neubabelsberg stattgefunden hat, wird bei der Nähe der beiden Orte voneinander und der guten Verbindung zwischen ihnen die Versorgung der Dienstboten im Falle ihrer Erkrankung auch dann als genügend sichergestellt angesehen werden können, wenn sie weiter der Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin angehören. Ob die Dienstboten in den fraglichen Monaten hin und wieder auch im Berliner Haushalte beschäftigt worden sind, ob dieser während des Sommers 1919 aufgelöst worden war oder nicht, und ob die Dienstboten in dieser Zeit in Neubabelsberg polizeilich gemeldet waren, ist für die hier zu entscheidende Frage belanglos. Was unter mehrwöchig und mehrmonatig zu verstehen ist, hat das Reichsversicherungsamt offen gelassen. Jedenfalls ist hier die Allgemeine Ortskrankenkasse Berlin als die für den eigentlichen Haushalt des Beschwerdeführers zuständige für diejenige Kasse zu halten, bei der die Dienstboten des Beschwerdeführers auch im Sommer 1919 zu versichern waren.

*) Entsch. Nr. 1942 Amtl. Nachr. 1914 S. 828.

Versicherungspflicht der Ehefrau eines vertragsmäßig bestellten Hausportiers.

Entscheidung des Oberversicherungsamts Berlin vom 15. Januar 1921 (III B. K. 557/20).

Die Ehefrau des Gemeindearbeiters H. hat seit dem 1. Juli 1919 im Hause des Dr. W. in Berlin-Grunewald den Portierdienst verrichtet. Der Portiervertrag ist nicht mit den Eheleuten, sondern nur mit dem H. abgeschlossen worden. Die Tätigkeit wurde aber, da H. im Hauptberuf als Gemeindearbeiter beschäftigt war, zum größten Teil von der Frau ausgeübt. Die Allgemeine Ortskrankenkasse verlangte deshalb Anmeldung der Frau und stellte, als diese nicht erfolgte, Strafantrag bei dem Versicherungsamt. Dieses lehnte die Bestrafung ab, weil Frau H. in keinem versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis zu Dr. W. gestanden habe. Die von der Kasse erhobene Beschwerde ist zurückgewiesen worden aus folgenden Gründen:

Wie sich aus der protokollarischen Vernehmung des Dr. W. vom 13. Oktober 1919 vor dem Versicherungsamt einwandfrei ergibt, war der Portiervertrag, der bei der Vernehmung vorgelegen hat, von dem früheren Eigentümer des Hauses allein mit dem Ehemann H. und nicht, wie die Ehefrau H. zunächst behauptet hat, auch mit ihr abgeschlossen worden. Die weiteren Angaben des Dr. W., daß er seinerseits auch lediglich mit dem Ehemann einen Portiervertrag abgeschlossen habe, finden hierdurch eine nicht unwesentliche Stütze, zumal die Tatsachen, daß die Ehefrau H. während des Krieges bei Abwesenheit ihres Ehemannes allein die Portierdienste versehen habe, und daß sie wohl auch unstraglich verschiedentlich unter Dr. W. einzelne Portierdienste verrichtet hat, dem in keiner Weise widersprechen.

Während des Krieges ist es eine allgemein bekannte Tatsache gewesen, daß die Ehefrauen die

Digitized by Google

sonstige Friedenstätigkeit ihrer im Felde befindlichen Ehemänner übernommen haben; dies ist aber eine Erscheinung, die lediglich durch die Not der Zeit hervorgerufen worden ist, und aus der nicht Folgerungen gezogen werden dürfen und können, wie es jetzt die Beschwerdeführerin tut. Wenn die Ehefrau H. nun auch nach dem Kriege noch zum Teil die unfraglich ihrem Ehemann obliegenden Hausmannsarbeiten verrichtet hat, so bietet auch diese Tatsache keinerlei Anhaltspunkte dafür, daß sie in einem Vertragsverhältnis mit Dr. W. gestanden hat oder steht; denn es ist allgemein gebräuchlich, daß gerade bei Hausmannsleuten die Ehefrau die aus einem Vertrage dem Ehemann obliegenden Arbeiten ihrerseits versieht; hierin kann aber nicht etwa eine seitens des Arbeitgebers des Ehemannes versicherungspflichtige Beschäftigung der Ehefrau erblickt werden, sondern allein eine Hilfeleistung der Ehefrau für den Ehemann, wie sie in dem Verhältnisse der Ehegatten untereinander begründet ist. Jedenfalls können die Angaben des Beschwerdeführers in keiner Weise die durchaus glaubhaften Ausführungen des Dr. W. entkräften, zumal die weiteren Ermittlungen einwandfrei ergeben haben, daß die Portierarbeiten in dem nichtgeschlossenen Hause nur wenig Zeit beanspruchen, so daß sie auch neben sonstiger Berufstätigkeit von dem Portier wahrgenommen werden können.

Das Oberversicherungsamt ist hiernach zu der Überzeugung gelangt, daß die Ehefrau H. in keinem Dienstverhältnis zu dem Beschwerdegegner gestanden hat oder steht, und daß sie demzufolge aus einer Tätigkeit bei Dr. W. nicht versicherungspflichtig ist.

Anmerkung: Die Entscheidung wird getragen durch die ihr zugrunde liegende tatsächliche Feststellung, daß Dr. W. den Vertrag nur mit dem Ehemann geschlossen hat und daß dieser auch, trotz seiner sonstigen Berufstätigkeit, wohl imstande war, seine vertragsmäßigen Pflichten als Pförtner des Hauses zu erfüllen. Dies entzieht sich unserer Nachprüfung. Anders wäre freilich zu entscheiden gewesen, wenn die Umstände des Falles die Annahme gerechtfertigt hätten, daß der Arbeitgeber mit Hilfsdiensten der Frau oder sogar mit der Stellvertretung des Mannes durch die Frau rechnen mußte (zu vgl. Anleitung des RVA. v. 26. 4. 12 Ziff. 14) oder daß der Arbeitnehmer das vollständige Eintreten der Frau in die Vertragspflichten des Mannes bewußt, ausdrücklich oder stillschweigend, geduldet und genehmigt hätte (zu vgl. die Entsch. in ArbVers. 1919 S. 247).

Nichtverlangte Übersendung von Krankengeld geschieht auf Gefahr der Kasse.

Urteil des preuß. Oberschiedsgerichts in Knappschaftsangelegenheiten vom 8. Juni 1920 (R. L. 70/20).

Der Kläger hatte Anspruch auf Krankengeld für die Zeit vom 4. September bis 12. November 1918. Der Beklagte (Knappschaftsverein) hat die Auszahlung des Krankengeldes an den Kläger in der Weise veranlaßt, daß er dem Kläger durch Postanweisung den Betrag unter der Adresse „Reservelazarett S." zusandte. Der Kläger hat unstreitig den Betrag nicht erhalten. Das Geld ist von einem nicht Berechtigten, anscheinend auf betrügerische Weise, in Empfang genommen worden. Der Kläger hat nochmalige Zahlung des Krankengeldes beantragt. Sein Antrag ist von der Verwaltung des Knappschaftsvereins abgelehnt worden. — Das Oberversicherungsamt hat auf Berufung den angefochtenen Bescheid aufgehoben und den Beklagten verurteilt, dem Kläger das Krankengeld nochmals zu zahlen.

Das Oberschiedsgericht hat die vom Knappschaftsverein eingelegte Revision zurückgewiesen aus folgenden Gründen:

Für die Entscheidung der Frage, ob der Beklagte verpflichtet ist, dem Kläger das abhanden gekommene Krankengeld noch einmal zu zahlen, kommt es nicht auf ein etwaiges Verschulden des Beklagten oder des Klägers an, sondern die Verpflichtung des Beklagten, für den Verlust aufzukommen, folgt aus anderen rechtlichen Gesichtspunkten.

Die Frage, wer die Gefahr der Übersendung von Geld seitens des Schuldners an den Gläubiger zu tragen hat, regelt § 270 BGB. Hiernach hat der Schuldner im Zweifel Geld dem Gläubiger auf seine Kosten und Gefahr zu übermitteln.

War also der Beklagte verpflichtet, dem Kläger das Krankengeld zuzusenden, so geschah dies gemäß der Vorschrift des § 270 BGB. auf die Gefahr des Beklagten, und einen etwaigen Verlust des Geldes mußte der Beklagte seinerseits tragen.

War aber der Beklagte nicht verpflichtet, dem Kläger das Krankengeld zuzusenden, so kommt es lediglich darauf an, ob er dem Kläger freiwillig das Geld übersandt hat oder ob dies infolge eines Antrages des Klägers geschehen ist. Einen dahingehenden Antrag hat aber der Kläger nicht gestellt. Wie die Akten des Beklagten ergeben, ist in dem bezüglichen Schreiben des Knappschaftsältesten H. vom 10. September 1918 und des Klägers selbst vom 22. Januar 1919 ein Antrag auf Zusendung des Krankengeldes nicht gestellt, und auch sonst ist ein solcher Antrag in den Knappschaftsakten nicht vorhanden.

Hiernach ist festzustellen, daß die Zusendung des Krankengeldes an den Kläger seitens des Beklagten freiwillig erfolgt ist. Damit hat aber der Beklagte auch die Gefahr der Zusendung an den Kläger übernommen und muß für den Verlust des Geldes seinerseits haften, denn von seiner Zahlungsverpflichtung wurde er erst durch Aushändigung des Geldes an den Kläger befreit.

Zu demselben Ergebnis muß man aber auch gelangen unter Anwendung der für den vorliegenden Fall maßgebenden Sondervorschriften des Art. 11 des preuß. Ausführungsgesetzes zum BGB. in Verbindung mit Art. 92 des Einführungsgesetzes zu demselben.

Nach Art. 11 des preuß. Ausführungsgesetzes zum BGB. sind Zahlungen aus öffentlichen Kassen, wenn nichts anderes bestimmt ist, von dem Berech-

Digitized by Google

tigten an der Kasse in Empfang zu nehmen. Abweichende Bestimmungen bestehen im vorliegenden Falle nicht. Nach Art. 92 des Einführungsgesetzes zum BGB. bleiben ferner solche landesgesetzlichen Vorschriften, nach welchen Zahlungen aus öffentlichen Kassen an der Kasse in Empfang zu nehmen sind, unberührt.

Daß aber die Krankenkasse des Beklagten eine öffentliche Kasse im Sinne dieser gesetzlichen Vorschriften ist, kann nicht zweifelhaft sein. Öffentliche Kassen in diesem Sinne sind die Kassen aller juristischen Personen des öffentlichen Rechts, mithin auch die der Knappschaftskrankenkasse, denn die Knappschaftsvereine sind zweifellos juristische Personen des öffentlichen Rechts. Das Merkmal der Öffentlichkeit einer Kasse liegt darin, daß das Rechtssubjekt, für welches sie besteht, der öffentlichen Rechtsordnung Preußens angehört (vgl. Crusen und Müller, Preuß. Ausführungsgesetz zum BGB., Anm. II. 1 zu Art. 11 daselbst S. 169). Daß die Knappschaftsvereine solche Rechtssubjekte sind, kann keinem Bedenken unterliegen.

Hiernach war der Beklagte, da abweichende Bestimmungen nicht bestehen, nicht verpflichtet, dem Kläger das Krankengeld zuzusenden. Er hat dies aber freiwillig getan und muß daher auch unter den eben erörterten rechtlichen Gesichtspunkten den Verlust seinerseits tragen. („Kompaß.")

„Leben in häuslicher Gemeinschaft" (§ 205a RVO).

Urteil des Oberversicherungsamts Liegnitz vom 29. Dezember 1920 (K. S. 17/20).

Die unverehelichte Luise H., Tochter des bei der Firma Gebr. P. beschäftigten Glasschleifers Wilhelm H., hat am 18. Februar 1920 im Hause ihrer Eltern entbunden. Sie war vom 15. Mai 1916 bis 24. September 1919 in St. als Dienstmädchen in Stellung und als solches Mitglied der Landkrankenkasse für den Bezirk der Stadtgemeinde St. Seit Oktober 1919 befindet sie sich, ohne Mitglied einer anderen Krankenkasse geworden zu sein, im Hause ihrer Eltern. Sie beansprucht die Gewährung der Wochenhilfe. — Durch Bescheid des Vorsitzenden des Versicherungsamts des Landkreises G. ist die Betriebskrankenkasse der Firma Gebr. P. zur Zahlung der Wochenhilfe verpflichtet worden. Hiergegen hat die Kasse Berufung eingelegt, weil die H. nur zum Zwecke ihrer Niederkunft das Elternhaus aufgesucht und nur durch diesen Umstand die häusliche Gemeinschaft erlangt habe. Nachdem die Landkrankenkasse für den Bezirk der Stadtgemeinde St. und der Vater der H. als ihr Vertreter zur Sache gehört worden waren, hat das Oberversicherungsamt die Entscheidung des Versicherungsamts aufgehoben aus folgenden Gründen:

Luise H. ist nach den Akten am 24. September 1919 als erwerbslos aus der St. Kasse ausgeschieden. Der Versicherungsfall — die am 18. Februar 1920 erfolgte Entbindung — ist nicht innerhalb der im § 214 RVO. erwähnten dreiwöchigen Frist, sondern erst mehrere Monate später eingetreten. Die St. Kasse ist daher nicht zahlungspflichtig. Dasselbe gilt aber auch von der Betriebskrankenkasse der Firma Gebr. P., denn es ist offensichtlich, daß Luise H., die vorher über drei Jahre auswärts beschäftigt war, nur zum Zwecke der Niederkunft das Elternhaus aufgesucht hat. Diese Art des Aufenthalts kann aber nicht als gleichbedeutend mit „in häuslicher Gemeinschaft leben" im Sinne des § 205a RVO. und § 10 des Gesetzes über Wochenhilfe und Wochenfürsorge vom 26. September 1919 angesehen werden.

Der Bescheid des Vorsitzenden des Versicherungsamts des Landkreises Görlitz vom 21. September 1920 war daher aufzuheben.

Anmerkung: Im gleichen Sinn haben wir im Jahrg. 1920 S. 74 Ziff. 1a einen Fall beurteilt, der dem vorliegenden ähnlich, aber doch zugleich in einem, wie uns scheint, nicht unwesentlichen Punkte von ihm unterschieden war. In jenem Falle war das Mädchen nur vier Wochen vor ihrer Niederkunft zu ihrer Mutter übergesiedelt, was die Annahme, daß sie dort nur ihre Entbindung abwarten wollte, ohne weiteres nahelegte. Im vorliegenden Falle dagegen hatte die Tochter sich schon nahezu fünf Monate vor der Niederkunft, nachdem sie „erwerbslos aus der Stettiner Kasse ausgeschieden" war, zu ihren Eltern begeben, also zu einer Zeit, in der die Schwangere regelmäßig noch nicht arbeitsunfähig und auch noch nicht in so besonderem Maße pflegebedürftig zu sein pflegt, daß ohne weiteres die Annahme gerechtfertigt erschiene, sie habe „offensichtlich . . . nur zum Zwecke der Niederkunft das Elternhaus aufgesucht". Wir meinen, daß dies im vorliegenden Falle näherer Begründung (nach Erhebungen über den Anlaß der Aufgabe der Dienststelle und über den Zweck des Ortswechsels) bedurft hätte.

Zur Besoldung der Kassenangestellten.

Erlaß des preuß. Ministers für Volkswohlfahrt vom 19. Januar 1921 („Volksw." S. 87).

In meinem Runderlaß vom 13. Januar d. J. — III V 64 — ist im Anschluß an die Begründung des Gesetzes vom 21. Dezember 1920 (RGBl. S. 2117) auf die Gesichtspunkte hingewiesen, die bei der Einreihung der Kassenangestellten in die Gruppen der Reichsbesoldungsordnung zu beachten sind. Diese Gesichtspunkte sind sorgfältig gegeneinander abzuwägen; allgemein gültige Grundsätze können dagegen nicht aufgestellt werden. (Begründung zu c 1 S. 7.) Gleichwohl scheint es von Wert zu sein, wenn noch Richtlinien, wenigstens in größeren Umrissen, gegeben werden. Ich mache in dieser Beziehung auf den Erlaß des Bayerischen Ministeriums für soziale Fürsorge vom 8. August 1920 — 1118 II 24 — sowie das Abkommen zwischen dem Provinzialverband Rheinprovinz deutscher Krankenkassen und dem Landesverein Rheinland im Bunde deutscher Krankenkassenbeamten und -angestellten vom 16. November 1920 aufmerksam und ersuche, zu prüfen, ob und wieweit die hier aufgestell-

Digitized by Google

ten Gesichtspunkte für die Krankenkassen des dortigen Bezirks, unter Umständen in engerem Anschluß an diejenigen der benachbarten Bezirke der Provinz, anwendbar sind.

Beachtenswert erscheint mir insbesondere folgendes:

1. Die Größe einer Kasse kann hinsichtlich der Gruppenzuteilung nur für diejenigen Kassenangestellten von Bedeutung sein, deren Geschäftslast und Verantwortlichkeit durch die Kassengröße unmittelbar beeinflußt wird.

2. Eine unterschiedliche Bezahlung nach dem Geschlechte bei gleicher Dienstleistung und Dienststellung ist der Reichsbesoldungsordnung fremd und darf daher auch für die Kassenangestellten nicht Platz greifen.

3. Der Nachweis einer fachlichen Befähigung (§ 352 RVO.) bedarf einer Ausgestaltung, wie er sowohl der Wichtigkeit der dienstlichen Stellung als der nunmehrigen Regelung der Besoldungsverhältnisse entspricht. Die Krankenkassen sind hierauf insbesondere bei Verhandlungen über neue Vorschriften der Dienstordnung hinzuweisen.

4. In die Gruppe 8 der Reichsbesoldungsordnung gehören „Vorsteher von Büroabteilungen und Dienststellen von besonderer Bedeutung". Hierunter sind in der Regel nur solche Abteilungsvorsteher zu verstehen, welchen ihrer Dienststellung nach zur Gruppe 7 gehörende Kassenangestellte unterstellt sind.

Ein weiter Anhaltspunkt für die Eingruppierung wird auch in der Art und Weise gefunden werden können, in der die Beamten des dem Bezirk der Krankenkasse entsprechenden Gemeindeverbandes in Ausführung des Gesetzes vom 21. Dezember 1920 in die Gruppen der Reichsbesoldungsordnung eingereiht werden, wenngleich Eingruppierungen, die nach Ansicht des Oberversicherungsamts den Grundsätzen der Reichsbesoldungsordnung nicht voll entsprechen, für die von ihm auszusprechende Genehmigung der Dienstordnung auch nicht maßgebend sein können.

Ich ersuche, die Frage der Eingruppierung der Kassenangestellten hiernach, nötigenfalls nach Benehmen mit den Vertretern der Kassen- und Angestelltenorganisationen, zu prüfen und mir über das Ergebnis bis spätestens zum 1. April d. J. zu berichten. Von den dortigen Äußerungen zur Sache wird es abhängen, ob es möglich sein wird, etwa für das ganze preußische Staatsgebiet im Anschluß an die Vorschriften des Gesetzes vom 21. Dezember 1920 und die Reichsbesoldungsordnung noch weitere einheitliche Grundsätze aufzustellen. Ich verspreche mir davon bei der Verschiedenheit der örtlichen Verhältnisse allerdings keinen besonderen Erfolg und überlasse es jedenfalls den Oberversicherungsämtern, schon jetzt die von den Krankenkassen beschlossenen Besoldungsordnungen zu genehmigen, wenn sie nach dortigem pflichtmäßigen Ermessen den Forderungen des genannten Gesetzes entsprechen.

B. Zur Angestelltenversicherung.

Grundsätzliche Entscheidungen des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung.

(„Angestelltenversicherung" 1921 Nr. 1 S. 4 ff.)

Nr. 435. Die Festsetzung von Ordnungsstrafen gegen juristische Personen ist auch nach dem Versicherungsgesetze für Angestellte unzulässig.

Nr. 436. Angestellte, die beim Inkrafttreten des Versicherungsgesetzes für Angestellte zwar einer Ersatzkasse angehörten, aber wegen ihrer Beschäftigung bei einer dieser nicht angeschlossenen Unternehmung bei der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte versichert waren, und erst später zufolge Übertritts in ein entsprechendes Beschäftigungsverhältnis Pflichtmitglieder der Ersatzkasse geworden sind, können auf Grund ihrer Zugehörigkeit zur Ersatzkasse bei einem ferneren Wechsel des Beschäftigungsverhältnisses Befreiung von der eigenen Beitragsleistung aus § 390 des Versicherungsgesetzes für Angestellte nicht beanspruchen.

Nr. 437. Die Frage, ob ein Angestellter im Sinne der Bekanntmachung vom 30. September 1916 (RGBl. S. 1097) nach Beendigung des Krieges eine versicherungspflichtige Tätigkeit voraussichtlich nicht ausüben wird, ist auch nach der inzwischen eingetretenen Beendigung des Krieges nach den zur Zeit der Entscheidung bestehenden Verhältnissen zu beurteilen.

Nr. 438. Ein Anspruch auf Abfindung nach § 60 des Versicherungsgesetzes für Angestellte ist jedenfalls dann unvererblich, wenn er nicht erhoben ist.

Nr. 439. Bauzulagen für Bauleiter sind insoweit nicht als Entgelt (§ 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte) anzusehen, als infolge der Tätigkeit auf der Baustelle ein Mehraufwand erforderlich ist.

Nr. 440. In einem Streit über die Befreiung von der Versicherungspflicht aus § 397 des Versicherungsgesetzes für Angestellte ist auch der Arbeitgeber zur Einlegung der Beschwerde berechtigt.

Nr. 441. Ist eine Befreiung nach § 390 des Versicherungsgesetzes für Angestellte durch rechtskräftige Entscheidung festgestellt, so kann nicht auf Grund des § 393 des Versicherungsgesetzes für Angestellte nachträglich geltend gemacht werden, daß die Voraussetzungen der Befreiung nicht vorlagen.

Digitized by Google

Nachentrichtung der Arbeitnehmerbeiträge durch den Arbeitgeber nach Wegfall der Befreiung aus § 390 AngestVersGes.

Beschluß des Oberschiedsgerichts für AngestVers. vom 22. April 1920 (P. 10/20).

Nach § 176 des Gesetzes hat der Arbeitgeber, der den Versicherten den Beitragsmonat hindurch beschäftigt, für sich und für den Angestellten den Beitrag zu entrichten. Hinsichtlich der dem Arbeitnehmer zur Last fallenden Beitragshälfte fällt diese Verpflichtung des Arbeitgebers nur weg, wenn eine Befreiung des Angestellten von der eigenen Beitragsleistung gemäß § 390 des Gesetzes tatsächlich besteht. Wird eine solche Befreiung von den Beteiligten lediglich irrtümlich angenommen, so befreit dies den Arbeitgeber nicht von der Verpflichtung zur Entrichtung der Beiträge. Dies ändert sich auch dann nicht, wenn der Arbeitgeber durchaus in gutem Glauben und ohne Verschulden gewesen ist, wenn ihm also der Wegfall der Befreiung, sei es durch Zufall, sei es durch Verschulden des Arbeitnehmers oder aus anderen Gründen unbekannt geblieben ist. Es bedeutet dies eine Härte für den Arbeitgeber, wie sich nicht verkennen läßt. Das Gesetz bietet aber keine Möglichkeit, ihn von der Verpflichtung zur Nachentrichtung derartiger Beiträge zu befreien, selbst wenn er zu einer nachträglichen Einziehung der Arbeitnehmerhälfte nicht mehr imstande sein sollte. Das Gesetz hat in diesem Punkte lediglich die Interessen der Reichsversicherungsanstalt, d. h. der Gesamtheit der Angestellten, berücksichtigt und überläßt es dem Arbeitgeber, sich durch geeignete Maßnahmen von dem Fortbestande der auf der Versicherungskarte vermerkten Befreiung zu überzeugen.

Dies ist in den vom Rentenausschuß bereits angeführten Beschlüssen des Oberschiedsgerichts vom 20. März 1917 in Sachen W. (P. 166/16), vom 29. Juni 1918 in Sachen H. (P. 111/17) und vom 19. Oktober 1918 in Sachen W. (P. 109/17) ausführlich erörtert worden. In der grundsätzlichen Entscheidung vom 19. März 1919 in Sachen P. (P. 70/18), AVR. 1919 S. 68 Nr. 342, hat der gleiche Grundsatz sogar auf den Fall angewendet werden müssen, daß die Reichsversicherungsanstalt in der irrtümlichen Annahme einer Befreiung des Angestellten von der eigenen Beitragsleistung die bereits an sie gelangten Beiträge wieder an den Arbeitgeber zurückerstattet hatte. Das Gesetz bietet keine Möglichkeit, eine Ausnahme von diesen Grundsätzen aus Billigkeitsgründen eintreten zu lassen....

C. Zur Militärversorgung.

Beschädigung auf dem Wege zur Befolgung eines Einberufungsbefehles.

Rek. Entsch. des Reichs-Militärversorgungsgerichts vom 23. Juli 1920 (Entsch. 1 S. 134).

... Zum aktiven Heere gehören außer den hier nicht in Betracht kommenden Personengruppen nach § 38 B 1 und 2 des Reichsmilitärgesetzes vom 2. Mai 1874 die aus dem Beurlaubtenstande zum Dienst einberufenen und alle sonstigen in Kriegszeiten zum Heeresdienst aufgebotenen Offiziere, Militärbeamten und Mannschaften von dem Tage, zu welchem sie einberufen sind, bis zum Ablaufe des Tages der Entlassung. Der Ausdruck „von dem Tage" läßt sich sprachlich nur dahin verstehen, daß der Tag als solcher maßgebend sein soll, und daß der damit festgesetzte Termin der Beginn des Tages ist. Die Zugehörigkeit zum aktiven Heere fängt sonach mit dem Beginn des Einberufungstages an. Hieraus ergibt sich, daß Personen, die einem Einberufungsbefehl zum aktiven Dienst Folge leisten, Versorgungsansprüche nur auf Grund einer Beschädigung haben, die sie frühestens an dem Tage, zu welchem sie einberufen sind, erlitten haben. Eine am Tage vor der Einberufung erlittene Beschädigung auf der Hinreise zum Gestellungsort ist keine Dienstbeschädigung. Es ist allerdings nicht zu verkennen, daß diese Gesetzesauslegung unter Umständen zu Härten führt, besonders dann, wenn die zum Heeresdienst Einberufenen wegen der Entfernung ihres Wohnsitzes vom Gestellungsort die Reise bereits vor dem Einberufungstage antreten müssen. Das neue Reichsversorgungsgesetz vom 12. Mai 1920 (RGBl. S. 989), das nach § 92 mit Wirkung vom 1. April 1920 in Kraft getreten ist, hat deshalb den Personenkreis, den dieses Gesetz umfaßt, dahin erweitert, daß es auf „Personen, die sich in der Absicht Militärdienst zu leisten, auf dem Wege zum Bestimmungsort oder unmittelbar nach der Entlassung aus dem Militärdienst auf dem Heimweg befinden, und Personen, die zur Feststellung ihrer Kriegsbrauchbarkeit einer militärischen Anordnung folgen", „entsprechend" anzuwenden ist (§ 88 Ziff. 1 und 2 aaO.). Für das bisher geltende, hier allein in Frage kommende Recht muß jedoch daran festgehalten werden, daß nur eine frühestens am Einberufungstage erlittene Beschädigung als Dienstbeschädigung angesehen werden kann. Die in dem Erlaß des früheren preußischen Kriegsministeriums vom 11. Februar 1917 — Nr. 736 1. 17 C 2 R — ausgesprochene Ansicht, wonach eine auf dem Wege zum Gestellungsort und im Zusammenhang mit ihm erlittene Beschädigung auch dann als Dienstbeschädigung anzusehen ist, wenn der Weg wegen zu weiter

Digitized by Google

Entfernung vor dem Einberufungstage angetreten ist, entbehrt für das bisher geltende Recht der gesetzlichen Grundlage.

K. war zum 1. Dezember 1917 einberufen. Er gehörte also vom Beginn dieses Tages ab zum aktiven Heer. Als eine Dienstbeschädigung kommt für ihn mithin nur eine Gesundheitsstörung in Betracht, die er frühestens am 1. Dezember 1917 erlitten hat. In Übereinstimmung mit dem Berufungsgericht hat das Reichs-Militärversorgungsgericht eine solche Dienstbeschädigung festgestellt. Die körperlichen Anstrengungen und seelischen Aufregungen, die K. am 1. Dezember 1917 infolge des Einberufungsbefehls zu überwinden hatte, würden allerdings für einen gesunden Menschen keinen gesundheitsschädlichen Einfluß gehabt haben; K. befand sich jedoch infolge seines Herzleidens bei Beginn des Einberufungstages bereits in einem solchen Zustand körperlicher Schwäche, daß auch schon geringe Anstrengungen geeignet waren, sein Leiden erheblich zu verschlimmern. Er hatte bereits am Tage vor der Einberufung seine Heimat verlassen, um sich am Gestellungstage rechtzeitig melden zu können. Nach dem aufregenden Abschied von Frau und Kind hatte er zunächst von seiner Wohnung bis zum Bahnhof einen Weg von etwa einen Kilometer zu Fuß zurückzulegen. Schon dieser kurze Weg hatte ihn so angestrengt, daß er etwa 100 Meter vor dem Bahnhof stehen bleiben mußte, um Atem zu schöpfen, weil er an Atemnot litt. Dann kam die Fahrt mit der Kleinbahn nach D., wo er am 30. November 1917 um 3½ Uhr nach viereinhalbstündiger Bahnfahrt eintraf. Nach der Ankunft des Zuges in D. wurde der Weg vom Kleinbahnhof bis zum Gasthof zum Teil mit der Straßenbahn, der Rest zu Fuß zurückgelegt. In der Nacht litt K. an heftigen Herz- und Atembeschwerden verbunden mit Unwohlsein, so daß er die ganze Nacht außerhalb des Bettes zubringen mußte. In einem solchen Zustand befand er sich bei Beginn des Einberufungstages.

Nach schlaflos verbrachter Nacht, von deren Anstrengungen er sich nicht erholen konnte, weil der militärische Zwang, pünktlich um 9 Uhr Vormittag zu erscheinen, verlangte, unter Aufbietung aller Kräfte dem Einberufungsbefehl nachzukommen, mußte K. den Weg vom Gasthof nach dem Gestellungsplatz antreten. Sich mühsam dorthin schleppend erlitt er bereits unterwegs einen Schwächeanfall, so daß er von seinen Kameraden einem Schutzmann übergeben werden mußte. Unter Aufbietung aller seiner Kräfte hat er sich dann nach dem auf einem Berge gelegenen Gestellungsplatze begeben, um, seinem Pflichtgefühl folgend, dem Gestellungsbefehl zu entsprechen. Wenn man noch berücksichtigt, daß, wie gerichtsbekannt, selbst die Überwindung geringer Steigungen für einen schwer Herzkranken eine große Kraftanstrengung bedeutet, so waren alle diese Anstrengungen in körperlicher und seelischer Beziehung zusammengenommen für einen schwer Herzleidenden wie K. so erheblich, daß sie das schon bestehende Herzleiden wesentlich beeinflußt haben und als wesentlich ins Gewicht fallende Ursachen, die zu seinem Tode erheblich mitgewirkt haben, anzusehen sind. Der Tod des K. kann sonach nicht bloß als schicksalsmäßiger Verlauf des Leidens angesehen werden, er ist vielmehr auf die Verschlimmerung des Herzleidens infolge der Anstrengungen des Einberufungstages, also auf eine Dienstbeschädigung ursächlich zurückzuführen, die durch eine Dienstverrichtung und durch die dem Militärdienst eigentümlichen Verhältnisse hervorgerufen worden ist. Da der Tod vor Ablauf von sechs Jahren nach der Entlassung aus dem aktiven Dienste erfolgt ist, stehen den Hinterbliebenen die von ihnen rechtzeitig angemeldeten Versorgungsgebührnisse zu.

Zeitliche Geltung des Reichsversorgungsgesetzes.

Rek. Entsch. des Reichs-Militärversorgungsgerichts vom 15. Juni 1920 (Entsch. 1 S. 127).

Das Reichsversorgungsgesetz vom 12. Mai 1920, das am 21. Mai 1920 im Reichsgesetzblatt veröffentlicht worden ist, ist nach § 92 daselbst mit Wirkung vom 1. April 1920 in Kraft getreten und findet auf die Personen Anwendung, deren Versorgungsanspruch sich, wie beim Kläger, auf eine nach dem 31. Juli 1914 und vor dem 1. April 1920 beendete Dienstleistung gründet. Die Vorinstanzen, die vor dem 1. April 1920 ihre Entscheidung gefällt haben, konnten naturgemäß das neue Gesetz vom 12. Mai 1920 nicht berücksichtigen. Aber auch nach seinem Inkrafttreten kann es im Spruchverfahren der Militärversorgung erst dann zur Anwendung kommen, wenn die Versorgungsansprüche nach diesem Gesetze durch Bescheid der Verwaltungsbehörde festgestellt sind. In Frage kommt für die neue Versorgung überhaupt nur die Zeit vom 1. April 1920 ab. Bis zu diesem Zeitpunkt sind die Versorgungsgebührnisse nach dem Mannschaftsversorgungsgesetze vom 31. Mai 1906 zu gewähren. Aber auch nach dem 1. April 1920 sind gemäß § 93 des Reichsversorgungsgesetzes die auf Grund der bisher geltenden Gesetze zu zahlenden Versorgungsgebührnisse so lange weiterzuzahlen, bis die Gebührnisse nach diesem Gesetz, und zwar rückwirkend vom 1. April 1920, festgestellt sind. Diese erstmalige Neufeststellung der nach den bisherigen Militärversorgungsgesetzen festgestellten Versorgungsgebührnisse auf Grund des Reichsversorgungsgesetzes hat jedoch nicht im Spruchverfahren der Militärversorgung durch die Militärversorgungsgerichte und das Reichs-Militärversorgungsgericht zu erfolgen, sondern liegt

Digitized by Google

gemäß § 5 des Gesetzes über die Versorgungsbehörden vom 15. Mai 1920 (RGBl. S. 1063) der zuständigen Verwaltungsbehörde ob, die hierüber dem Kläger einen Bescheid zuzustellen hat. Erst nach Erteilung eines Bescheides der Verwaltungsbehörde auf Grund des Reichsversorgungsgesetzes kann dieses Gesetz auch im Spruchverfahren der Militärversorgung zur Anwendung gelangen.

D. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Verbrennung durch Röntgenbestrahlung als Unfall.

Urteil des Reichsgerichts (7. Zivilsen.) v. 21. November 1919*).

. . . Als Unfall, der von der Versicherung gedeckt werden soll, ist nicht das Ereignis als solches, sondern die als Wirkung des Ereignisses ärztlicherseits erkannte Körperbeschädigung anzusehen (§ 1 Abs. 1 der Allg. VersBed.). Die Unfreiwilligkeit, die nach dem Abs. 2 daselbst als Voraussetzung eines unter die Versicherung fallenden Unfalls gefordert wird, ist dann als vorliegend anzusehen, wenn die durch das Ereignis hervorgerufene Körperverletzung von dem Willen des Versicherungsnehmers nicht mit umfaßt, nicht gewollt war. Mit Recht hat deshalb der Berufungsrichter als entscheidend erachtet, daß Kläger durch die von ihm allerdings gewünschte Röntgenbestrahlung keineswegs die tatsächlich eingetretene Verbrennung herbeiführen wollte. Die in der angezogenen Bestimmung der Allg. VersBed. weiter als Voraussetzung eines unter die Versicherung fallenden Unfalls geforderte „Plötzlichkeit" der schädigenden Einwirkung liegt nicht nur dann vor, wenn das Ereignis seine schädigende Wirkung augenblicklich, momentan ausgeübt hat, sondern auch dann, wenn die Einwirkung erst in ihrer einen verhältnismäßig kurzen Zeitraum umfassenden Fortsetzung die Körperbeschädigung herbeigeführt hat, sofern nur diese Wirkung für den Verletzten überraschend, unerwartet, unvorhergesehen eingetreten ist. Der Begriff der Plötzlichkeit erschöpft sich keineswegs in dem Begriff der Schnelligkeit, schließt vielmehr als wesentliches Merkmal das des Unerwarteten, Unvorhergesehenen, Unentrinnbaren in sich. Daß aber im vorliegenden Fall die schädigende Wirkung der Bestrahlung in diesem Sinne plötzlich eingetreten ist, die Bestrahlung plötzlich ihre schädigende Wirkung auf den Körper des Kl. ausgeübt hat, hat der Berufungsrichter ohne Rechtsverstoß festgestellt. Für den Kläger, der nach den Feststellungen des Berufungsrichters damit rechnen durfte, daß die Dauer der Bestrahlung von der sie vornehmenden Krankenschwester richtig bemessen und ihm ein Nachteil nicht entstehen werde, und der „an die Möglichkeit einer Verletzung nicht einmal gedacht hat", trat die Verbrennung als Folge der über das zulässige Maß fortgesetzten Bestrahlung überraschend, unvermutet und damit plötzlich i. S. der VersBed. ein. Die Annahme der Plötzlichkeit wird aber selbst nicht damit ausgeschlossen, wenn, wie die Beklagte behauptet hat, die Bestrahlung ununterbrochen 40 Minuten lang angedauert haben sollte. Auch dann würde die immerhin sich nur über einen geringen Zeitraum erstreckende Bestrahlung erst durch ihre über das richtige Maß hinaus ausgedehnte Fortsetzung im obigen Sinne plötzlich ihre schädigende Wirkung ausgeübt haben. Unbegründet sind ferner die Angriffe der Revision, die sie dagegen richtet, daß der Berufungsrichter die Ausnahmebestimmungen unter III 3 des § 1 der Allg. VersBed. nicht für anwendbar angesehen hat. Hiernach sind von der Versicherung ausgeschlossen: „Verletzungen infolge von Eingriffen, die der Versicherte an seinem Körper vornimmt und bei Operationen, falls letztere nicht durch einen von der Versicherung umfaßten Unfall veranlaßt sind". Wie der erkennende Senat schon wiederholt ausgesprochen hat, kommt es bei der Auslegung von VersBed. nicht auf die fachwissenschaftliche Terminologie der ärztlichen Wissenschaft an, sondern darauf, was nach dem Sprachgebrauch des täglichen Lebens unter dem gebrauchten Ausdruck verstanden wird, was der nicht ärztlich gebildete Versicherungsnehmer nach der allgemeinen Verkehrsanschauung unter dem Ausdruck verstehen durfte. Wenn der Berufungsrichter von dieser zutreffenden Auffassung ausgehend die bloße Röntgenbestrahlung nicht als eine „Operation" im Sinne der VersBed. angesehen hat, so ist das rechtlich nicht zu beanstanden. Zutreffend weist der Berufungsrichter darauf hin, daß es Sache der Beklagten gewesen wäre, einen etwa bei ihr vorhandenen Willen, eine zu Heilzwecken vorgenommene Einwirkung auf den Körper des Versicherungsnehmers, auch wenn sie keinen chirurgischen Eingriff darstellt, insbesondere eine solche durch Röntgenbestrahlung von der Versicherung auszunehmen, in einer klaren, jedem Versicherungsnehmer verständlichen Weise zum Ausdruck zu bringen. Solange sie dies nicht getan hat, muß sie sich gefallen lassen, daß der gebrauchte Ausdruck „Operation" im Sinne des vom Berufungsrichter festgestellten Sprachgebrauchs des täglichen Lebens verstanden wird.

*) Diese der „Jur. Wochenschr." 1920 S. 33 entnommene Entscheidung betrifft einen Anspruch aus einem Privatversicherungsvertrage, ist aber wegen der Ausführungen über den Unfallbegriff von allgemeiner Bedeutung.

Digitized by Google

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Geplante Erhöhung der Leistungen in der Angestelltenversicherung.

Vom Direktorium der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte geht uns folgende Mitteilung zu:

Während die gesetzlichen Leistungen in der Invalidenversicherung bereits erhöht worden sind, so insbesondere in letzter Zeit durch das Gesetz vom 26. Dezember 1920, durch das die Rentenempfänger weitere Beihilfen erhalten, ist eine Erhöhung der Leistungen in der Angestelltenversicherung noch nicht eingetreten.

Das Direktorium der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte erkennt sehr wohl an, daß die durch die außerordentliche Geldentwertung und die gesteigerten Kosten für die Lebenshaltung ausgelösten Bestrebungen der an der Angestelltenversicherung beteiligten Kreise auf Erhöhung auch dieser Leistungen durchaus berechtigt sind, und es hat sich daher veranlaßt gesehen, in eine Prüfung darüber einzutreten, in welchem Umfange und in welcher Weise diesem berechtigten Verlangen stattgegeben werden kann, ohne einerseits die versicherten Angestellten und ihre Arbeitgeber mit übermäßigen Beitragsleistungen zu belasten und anderseits die versicherungstechnische Deckung der Leistungen der Angestelltenversicherung zu gefährden.

Das Ergebnis dieser Prüfung ist in dem von dem Direktorium den zuständigen Stellen vorgelegten, übrigens auch den beteiligten Verbänden zugänglich gemachten Entwurf zur Abänderung des Versicherungsgesetzes für Angestellte enthalten.

Hiernach sind u. a. folgende wesentliche Verbesserungen der Leistungen in der Angestelltenversicherung vorgesehen:

1. Der Bemessung des Ruhegeldes und der Hinterbliebenenrenten soll ein für alle Gehaltsklassen gleicher Grundbetrag zugrunde gelegt und diesem Betrage für jeden entrichteten Monatsbeitrag ein nach der Höhe der Beiträge verschieden hoher Steigerungssatz hinzugerechnet werden.

Für das Ruhegeld sieht der Entwurf als Grundbetrag den Betrag von jährlich 360 ℳ vor. Entsprechend der Erhöhung der Ruhegeldbezüge erhöhen sich auch die Witwen- und Waisenrenten.

2. Für die Waisenbezüge sieht der Entwurf neben der sich aus den neuen Sätzen für die Ruhegelder ergebenden Aufbesserung eine weitere bedeutende Erhöhung insofern vor, als künftig als Halbwaisenrenten anstatt eines Fünftels der Witwenrente zwei Fünftel und als Doppelwaisenrenten anstatt eines Drittels zwei Drittel der Witwenrente gewährt werden sollen.

3. Ferner ist eine erhebliche Erhöhung der für Heilverfahrenszwecke benötigten Mittel vorgesehen.

4. Eine weitere Verbesserung schlägt der Entwurf für weibliche Versicherte vor. Nach den geltenden Bestimmungen wird weiblichen Versicherten beim Eintritt der Berufsunfähigkeit nach Ablauf von 60 Beitragsmonaten und vor Vollendung von 120 Beitragsmonaten ein Ruhegehalt gewährt, dessen Höhe nach den ersten 60 Beitragsmonaten berechnet wird. Auch für dieses Ruhegeld soll ein Grundbetrag von 360 ℳ zugrunde gelegt werden. Außerdem sollen die Steigerungssätze nicht nur der ersten 60 Beitragsmonate, sondern sämtlicher Beiträge in Ansatz kommen, die bis zum Eintritt der Berufsunfähigkeit entrichtet worden sind. Durch diese Regelung wird gleichzeitig einer von den Angestelltenverbänden aufgestellten Forderung entsprochen, und es erfahren die den weiblichen Versicherten zugewendeten Sonderleistungen eine erhebliche Erweiterung und Erhöhung.

5. Vom Inkrafttreten des Gesetzes ab sollen auch den bereits Bezugsberechtigten die Grundbeträge als Zuschuß zu den für sie festgesetzten Ruhegeldern und Hinterbliebenenbezügen gewährt werden.

6. Der Anspruch auf Erstattung von Beiträgen für den Fall, daß der Versicherungsfall eintritt, ohne daß ein Anspruch auf Leistungen geltend gemacht werden kann — § 398 des Versicherungsgesetzes für Angestellte — soll auch den Eltern und Großeltern gewährt werden.

Von der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte

geht uns folgende Mitteilung zu: Um die Leistungen der Angestelltenversicherung zeitgemäß erhöhen zu können, hatte das Direktorium der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte ursprünglich Beitragssätze bis zu 156 ℳ monatlich vorgeschlagen. Neuerdings werden dagegen Wege gesucht, auf denen sich jenes Ziel ohne eine so starke Belastung der Arbeitgeber und Angestellten im wesentlichen erreichen läßt. Für den Fall, daß die Befreiung von der eigenen Beitragsleistung zur Angestelltenversicherung auf Grund von Lebensversicherungsverträgen auch bei der geplanten Erhöhung der Leistungen und der Versicherungsgrenze über 15 000 ℳ zugelassen wird, sei darauf hingewiesen, daß diese Befreiung stets nicht schon mit dem Abschluß der Versicherung, sondern erst mit der unter bestimmten Voraussetzungen zu erteilenden Genehmigung der Reichsversicherungsanstalt bzw. ihrer Ausgabestellen eintritt, und daß trotz der Befreiung der Arbeitgeber zur Zahlung seiner Hälften verpflichtet bleibt.

Der Entwurf des Reichsknappschaftsgesetzes.

Die Tageszeitungen veröffentlichen den Entwurf eines Reichsknappschaftsgesetzes, durch das die Sozialversicherung der im Bergbau Beschäftigten auf neue Grundlagen gestellt werden soll. Die wesentlichsten Bestimmungen sind folgende:

Sein erster Abschnitt behandelt den Umfang der Versicherung. Er bestimmt in §§ 1 und 2 kurz das Folgende: Die auf den Bergwerken oder sonstigen knappschaftspflichtigen Werken sowie die im Dienste des Reichsknappschaftsvereins oder der Bezirksknappschaftsvereine und besonderen Krankenkassen beschäftigten Arbeitnehmer unterliegen der knappschaftlichen Versicherung. Welche Werke knappschaftspflichtig sind, besagt der § 2: Knappschaftspflichtig sind alle Betriebe, in denen Mineralien oder ähnliche Stoffe bergmännisch gewonnen werden. Nicht knappschaftspflichtig sind Salinen. Knappschaftspflichtig sind auch Aufbereitungsanstalten und solche Betriebsanlagen, die als Nebenbetriebe eines knappschaftlichen Werkes mit diesem im Zusammenhang stehen. In Zweifelsfällen soll das Reichsarbeitsministerium nach Anhörung der Landesbehörde und des Reichsknappschaftsrates entscheiden.

Der zweite Abschnitt legt den Gegenstand der Versicherung wie folgt fest: Gegenstand der Versiche-

Digitized by Google

rung sind knappschaftliche Invalidenpensionen und knappschaftliche Hinterbliebenenunterstützungen (Pensionskassen) sowie die Leistungen der reichsgesetzlichen Arbeiter- und Angestelltenversicherung, mit Ausnahme der Unfallversicherung.

Träger der Versicherung ist der Reichsknappschaftsverein, der sämtliche oben genannten knappschaftspflichtigen Werke umfaßt und der sich in Unterabteilungen, d. h. in die bestehenden Bezirksknappschaftsvereine gliedert. Die Aufsichtsbehörde ist der Reichsarbeitsminister. Die Krankenversicherung wird den Bezirksknappschaftsvereinen und den für ein oder mehrere Werke bestehenden besonderen Krankenkassen übertragen. Es ist also keine einheitliche Reichskrankenkasse vorgesehen.

Die Bezirksvereine oder -kassen haben als Mindestleistungen die im zweiten Buch der Reichsversicherungsordnung vorgeschriebenen Regelleistungen der Krankenkassen (§ 179 der Reichsversicherungsordnung) zu gewähren.

Der fünfte Abschnitt des Gesetzentwurfs, der die Pensionsversicherung der Arbeiter betrifft, kann unter keinen Umständen gutgeheißen werden. Er hält fest an den Bestimmungen des bestehenden preußischen Knappschaftsgesetzes und besagt, daß jeder Arbeiter und jede Arbeiterin, die knappschaftlich beschäftigt ist, versicherungspflichtig ist. Der Arbeiter oder die Arbeiterin ist verpflichtet, vom Tage der Beschäftigung an Beiträge zu der Pensionskasse zu bezahlen. Weiter ist er verpflichtet, den Nachweis zu erbringen, daß er den gesundheitlichen Bedingungen nachkommt.

Die Leistungen, die in dem Gesetzentwurf vorgesehen sind, sind folgende: 1. eine Invalidenpension dem Knappschaftsinvaliden; 2. eine Pension für die Witwen auf Lebenszeit oder bis zur Wiederverheiratung; 3. eine Beihilfe zur Erziehung der Kinder verstorbener Mitglieder und Knappschaftsinvaliden bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres; 4. einen Beitrag zu den Begräbniskosten der Knappschaftsinvaliden.

Die §§ 18 bis 44 beschäftigen sich eingehend mit den Voraussetzungen, die zu erfüllen sind, um Anspruch auf eine der vier Leistungen zu erhalten. Um eine Invalidität zu vermeiden, ist in gegebenen Fällen ein Heilverfahren vorgesehen.

Der sechste Abschnitt des Entwurfs behandelt die Versicherungen der Angestellten. Hierbei ist vorgesehen, daß der Reichsknappschaftsverein als Träger der Angestelltenversicherung die in dem Versicherungsgesetz für Angestellte vorgeschriebenen Leistungen gewährt. Dieser Abschnitt des Entwurfs bedarf noch einer eingehenden Ausarbeitung, die bereits in Angriff genommen worden ist.

Der achte Abschnitt behandelt das Verhältnis mehrerer Ansprüche zueinander sowie das Verhältnis zu Ansprüchen aus anderweitiger Versicherung und zu Ansprüchen gegen Dritte. Der § 52 darf wohl kaum aufrecht erhalten werden, denn er besagt: Ist ein Anspruch sowohl an die knappschaftliche Krankenkasse oder sonstige gesetzliche Krankenkasse als auch an die Pensionskasse des Reichsknappschaftsvereins begründet, so kommt die knappschaftliche Pension nur insoweit zur Auszahlung, als sie den Anspruch an die Krankenkasse übersteigt. Dies bedeutet insofern eine Härte und Ungerechtigkeit, als jeder Versicherte von jeder Kasse Anspruch auf Leistungen erheben kann, an die er Beiträge gezahlt hat.

Mit der Aufbringung und Verwaltung der Mittel beschäftigen sich die §§ 56 bis 75. Über die Höhe der Beiträge ist noch nichts festgelegt.

Der zehnte Abschnitt, d. h. die §§ 76 bis 103, bestimmt die Verfassung des Reichsknappschaftsvereins, der Bezirksknappschaftsvereine und der besonderen Krankenkassen. Die Organe des Reichsknappschaftsvereins sind der Vorstand und die Hauptversammlungen. Daneben wird ein Reichsknappschaftsrat gebildet. Der Vorstand und die Hauptversammlungen sollen je zur Hälfte aus Vertretern der Arbeitgeber und der Versicherten bestehen. Die Zahl der Vertretung bestimmt die Satzung des Reichsknappschaftsvereins. Der Reichsknappschaftsrat, eine vollständig neue Körperschaft, hat die Aufgabe, die Organe des Reichsknappschaftsvereins zu beraten, Richtlinien für die Durchführung der Versicherung aufzustellen und in allen Angelegenheiten Gutachten zu erstatten. Näheres soll durch die Satzung des Reichsknappschaftsvereins bestimmt werden.

Die Verwaltung der Bezirksknappschaftsvereine ist dem Bezirksvorstand unter Beteiligung von Knappschaftsältesten übertragen.

Der dreizehnte Abschnitt beschäftigt sich mit der Feststellung der Leistungen. Die Entscheidung über einen gestellten Antrag ist den Verwaltungen der Bezirksknappschaftsvereine oder der besonderen Krankenkassen zugesprochen. Es ist jedoch die Berufungsmöglichkeit wie bisher bis zum Knappschaftsoberversicherungsamt vorgesehen. Die letzten Abschnitte umfassen die sonstigen Vorschriften über die Gebühren- und Stempelsteuerfreiheit, Erleichterungen im Postverkehr, Verbote und Strafen usw., sowie über die Umgangsbestimmungen. Es bestehen auch hier noch manche Unklarheiten, die noch auf dem Wege der Verhandlung und der Aussprache beseitigt werden müssen.

Behandlung mittels Quarzsonne (Höhensonne).

In den Mitteilungen des Ärztevereins im Herzogtum Oldenburg findet sich hierüber folgender Bericht auf Grund von Erörterungen im Verein (v. 13. 1. 21): In neuerer Zeit mehren sich die Stimmen, die der Quarzsonne jeden praktischen Heilwert bestreiten. Gründe: 1. Die gänzlich abweichende spektrale Zusammensetzung des Quarzlichtes vom Licht der Natursonne. 2. Die Verschiedenartigkeit der Pigmentierung bei künstlichem und natürlichem Licht. Thedering wies die Unhaltbarkeit beider Auffassungen nach und betonte die Unmöglichkeit, vom Standpunkte der noch recht ungeklärten biologischen Wirkungsweise des Lichts den praktischen Heilwert der Quarzsonne abzuleiten. Sicher festgestellt sind folgende örtlichen und allgemeinen Wirkungen des Quarzlichtes:

a) örtliche: Anregung der Zelltätigkeit; starke, wenn auch oberflächliche Desinfektion und Desodorisierung, infolgedessen beschleunigte Verheilung eiternder Weichteilwunden;

b) allgemein: Vermehrung der roten Blutkörperchen und ihres Gehalts an rotem Blutfarbstoff; Verminderung der weißen Blutkörperchen, namentlich bei krankhafter Steigerung ihrer Zahl; Anregung der Oxydationsfermente, infolgedessen vermehrter Sauerstoffverbrauch; Herabsetzung des Blutdrucks im Durchschnitt um 6 mm Hg; Herabsetzung der Temperatur bei Gesunden um 0,2—0,3, bei Fiebernden bis 1° und darüber.

Praktisch hat sich die Quarzsonne bei folgenden Krankheiten als unentbehrlich oder anderen Heilmitteln überlegen bewährt: 1. Blutarmut, und zwar ursprüngliche oder als Folge von Operationen, Krankheiten usw., wohl bemerkt in Verbindung mit

Digitized by Google

Eisen, frischer Luft usw. 2. Äußere Tuberkulose. Auf diesem Gebiet ist die künstliche und natürliche Sonne nur als wertvollstes Hilfsmittel neben Röntgen, Stauung, operativen Eingriffen usw. anzusehen. — 3. Beginnende Spitzentuberkulose und alle skrophulösen Krankheitszustände, namentlich des Kindesalters. Bei diesen Krankheiten ist aber die begleitende sorgfältigste Allgemeinbehandlung und entsprechende Ernährung von größter Wichtigkeit; namentlich gilt dies von der Lungentuberkulose, bei der die Quarzsonne im allgemeinen nur in Verbindung mit Anstaltsbehandlung Erfolge erzielt. 4. Rippenfellentzündung, und zwar weniger die trockene Form, als die mit serösem Erguß begleitete. Gewisse Formen von Haarkrankheiten, namentlich Haarausfall nach Grippe.

Grundsätzlich muß die Quarzsonne bei Krankenkassen auf diejenigen Krankheiten beschränkt bleiben, bei denen sie wirklich überlegene Heilerfolge erzielt. Die Kassenbehandlung darf kein Versuchsfeld für die Quarzsonne werden. Im übrigen ist es falsch, anzunehmen, daß die Strahlen gegenwärtig ein teures Heilmittel seien. Die Röntgenbehandlung eines chronischen Ekzems z. B. ist zur Zeit absolut und relativ genommen wesentlich billiger als die Salbenbehandlung. Dazu besitzen die Strahlen den großen Vorzug unverfälschbarer Naturreinheit, während die Salbengrundlagen als Ersatzstoffe eine unkontrollierbare wechselnde chemische Zusammensetzung besitzen und als Überraschungen nicht selten bedenkliche Hautschädigungen verursachen. —

In Hamburg haben die Vertrauensärzte der Krankenkassen, nach Besprechung mit den Kassenärzten, beschlossen, nach folgenden Richtlinien zu verfahren (Hamb. Wochenschr. f. Ärzte, Zahnärzte und Krankenkassen, 1921 S. 67):

Die Bewilligung wird empfohlen werden bei Alopecia areata, Akne, Haut- und Schleimhauterkrankungen skrophulöser und tuberkulöser Natur, bei Fisteln auf tuberkulöser Grundlage oder nach eitrigen Prozessen sowie schlecht heilenden Wunden (torpide Ulcera usw.). Bei allgemeinem Haarausfall kann nur ausnahmsweise, bei Pyodermien (Furunkeln, Karbunkeln, Panaritium, phlegmonösen Prozessen usw.) erst nach längerer vergeblicher anderweitiger Behandlung, bei Psoriasis nur für universelle Formen zugestimmt werden.

Lungentuberkulose kommt nur soweit in Betracht, als es sich um cirrhotische Formen oder beginnende Spitzenaffektionen handelt. Dabei ist eine eingehende Begründung unter Mitteilung der Temperaturverhältnisse und des allgemeinen Kräftezustandes zu verlangen, zu Blutungen neigende Fälle sind auszuschließen. Eine besondere Erläuterung muß ebenfalls erbeten werden bei nicht ganz eindeutiger Peritoneal- und Bronchialdrüsentuberkulose, außerdem Aufschluß über die bisher angewandte Therapie bei Bronchialasthma, einfachen und sekundären Anämien sowie den schwereren Formen der Rachitis und Skrophulose, für deren unkomplizierte Erscheinungsform im allgemeinen eine dringende Indikation zur Bestrahlung nicht anerkannt werden kann.

Bei oberflächlichen tuberkulösen Drüsenschwellungen ohne Schädigung des Allgemeinbefindens sowie bei allen nicht tuberkulösen Drüsenerkrankungen, bei Chlorose, Neurasthenie, Rheumatismen, Ischias sowie chirurgischer Tuberkulose, von den oben erwähnten Formen abgesehen, wird Ablehnung der Anträge vorgeschlagen werden.

Gelegentliche Abweichung von diesen Richtlinien auf Grund besonders günstig lautender Erfahrungen mit den Höhensonnenbestrahlungen bei hier nicht angeführten Erkrankungen wird nach Lage des Falles vorgenommen.

Sind Arbeiter, welche einer Ruhegeldskasse angehören, von der Invalidenversicherung befreit?

Von der Bezirksleitung des Zentralverbandes der Gemeindearbeiter und Straßenbahner, Köln, ist der „Kölnischen Volkszeitung" folgendes Schreiben zugegangen:

Der Arbeitgeberverband der Gemeinden in der besetzten Rheinprovinz als Untergruppe des Arbeitgeberverbandes deutscher Gemeinden und Kommunalverbände hat mit den Arbeitnehmerorganisationen einen Tarifvertrag abgeschlossen, der eine Ruhegeldordnung einschließt. Einzelne Mitgliedergemeinden glauben nun, gestützt auf den § 1234 der RVO., von der Beitragspflicht zur Invalidenversicherung für ihre beschäftigten Arbeiter entbunden zu sein. Dem Antrage der gewerkschaftlichen Organisationen, die Pflichtversicherung auch weiterhin durchzuführen, kommt man nur insofern nach, indem es den einzelnen Mitgliedergemeinden empfohlen wird, die Arbeiter nicht aus der Invalidenversicherung herauszunehmen. Hierbei gehen die betr. Gemeinden unseres Erachtens von einer falschen Rechtsauffassung aus, und zwar aus folgenden Gründen: Der § 1234 besagt:

„Versicherungsfrei sind die in Betrieben oder im Dienste des Reiches, eines Bundesstaates, eines Gemeindeverbandes, einer Gemeinde oder eines Versicherungsträgers Beschäftigten, wenn ihnen Anwartschaft auf Ruhegeld im Mindestbetrage der Invalidenrente nach den Sätzen der ersten Lohnklasse sowie auf Witwenrente nach den Sätzen der gleichen Lohnklasse und auf Waisenrente gewährleistet ist."

Dieser Paragraph verlangt auf alle Fälle eine Gewährleistung dessen, was einem Versicherten zum mindesten auf Grund der Reichsversicherungsordnung gewährt werden kann. Diese Gewährleistung ist in der vereinbarten Ruhegeldordnung unseres Erachtens aus folgenden Gründen nicht gegeben:

1. Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß im § 1234 Abs. 1 RVO. der Begriff „gewährleisten" einschränkend auszulegen ist. Der Gesetzgeber hat dafür gesorgt, daß jeder Arbeitnehmer im Sinne der §§ 1226 ff. RVO. unter allen Umständen eine öffentlich-rechtliche Anwartschaft erhält. Wenn er im § 1234 Abs. 1 RVO. aus Billigkeitsgründen von dem sonst mit großer Strenge durchgeführten Prinzip eine Ausnahme fakultativ derart zuläßt, daß an die Stelle der öffentlich-rechtlichen Anwartschaft eine privatrechtliche tritt, so hat er — das ist selbstverständlich — dabei vorausgesetzt, daß diese privatrechtliche Ersatzanwartschaft in jeder Hinsicht der normalen öffentlich-rechtlichen gleichwertig ist. Zum mindesten aber muß demgemäß die Gewährleistung der Anwartschaft im Sinne des § 1234 Abs. 1 RVO. darin bestehen, daß die Arbeitnehmer einen dauernden Rechtsanspruch auf Ruhegeld und ihre Frauen und Kinder einen dauernden Rechtsanspruch auf Witwen- und Waisenrente unter der Bedingung des Eintritts des Versicherungsfalles erlangen. Daß diese einschränkende Auslegung notwendig ist, ist von den Tarifparteien bereits stillschweigend anerkannt worden. Auch sie haben bei Tätigung des Vertrages an einen Rechtsanspruch

Digitized by Google

gedacht, wie sich aus dem vorletzten Satze des § 1 der Ruhegeldordnung ergibt. Noch weiter gehen die Tarifparteien im ersten Satze des 3. Abschnittes der Anmerkung zu § 4 der Ruhegeldordnung. Die Kontrahenten waren also — mit Recht — der Auffassung, daß im Sinne des „gewährleisten" des § 1234 Abs. 1 RVO. ein privatrechtlicher Anspruch allein nicht einmal genügt und daß gewissermaßen noch eine reale Garantie dafür hinzukommen muß, daß die Verwirklichung des Anspruches im gegebenen Falle unter allen Umständen gesichert ist. Auf eine solche besondere Sicherung wird man allerdings den Kommunen gegenüber verzichten können. Zum mindesten aber ist daran festzuhalten, daß dem § 1234 Abs. 1 RVO. nur genügt ist, wenn den Arbeitnehmern die Anwartschaft gewährleistet wird, indem sie einen bedingten, aber dauernden privatrechtlichen Anspruch erhalten.

2. Nun ist zuzugeben, daß den in Betracht kommenden Arbeitnehmern aus § 7 des Tarifvertrages privatrechtliche Ansprüche entstehen. Hierbei ist aber ein Unterschied zu machen: a) Diejenigen Arbeitnehmer, die spätestens am 30. Juni 1921 (§ 11 des Tarifvertrages) invalid im Sinne des § 1255 RVO. werden (§ 1 der Ruhegeldordnung) haben einen unbedingten Anspruch auf Zahlung einer dauernden Leibrente, sofern die sonstigen in den Abmachungen genannten Voraussetzungen gegeben sind. Entsprechendes gilt für die Witwen und Waisen. b) Im übrigen haben die Arbeitnehmer einen bedingten Anspruch auf die unter a) erwähnte Leibrente. Dieser Anspruch steht unter der aufschiebenden Bedingung des Eintritts eines Ereignisses im Sinne des § 1255 RVO. Insofern ist allerdings eine Anwartschaft gewährt. Ob diese Anwartschaft allen Erfordernissen des § 1234 Abs. 1 RVO. entspricht, mag unerörtert bleiben. Festgestellt werden muß aber folgender Mangel: diese Anwartschaft ist zeitlich begrenzt. Sowohl § 7 des Tarifvertrages wie auch die gesamte Ruhegeldordnung sind nichts als Teile des Tarifvertrages. Nach § 11 des Tarifvertrages endet der Tarifvertrag aber am 30. Juni 1921. Die Ansprüche zu a) bestehen allerdings — das ergibt sich ohne weiteres aus ihrem Wesen — trotzdem fort. Für die Ansprüche der Invaliden wäre das ja auch aus § 759 Abs. 1 BGB. abzuleiten. Aber die Anwartschaft der noch nicht invaliden Arbeitnehmer erlischt mit Ablauf des Tarifvertrages. Es besteht kein Anhaltspunkt dafür, daß die Anwartschaft über den 30. Juni 1921 andauert. Es mag wahrscheinlich sein, daß die Anwartschaft durch einen neuen Tarifvertrag verlängert werden wird. Jedoch ist das für die rechtliche Beurteilung gleichgültig. Eine so zeitlich begrenzte Gewährleistung der Anwartschaft entspricht nicht dem Sinne des § 1234 Abs. 1 RVO. Wie gezeigt worden ist, muß es sich vielmehr um einen dauernden, wenn auch aufschiebend bedingten privatrechtlichen Anspruch handeln. Da eine Gewährleistung, wie sie der Gesetzgeber im Auge gehabt hat, nicht vorliegt, können die fraglichen Kommunen die Vergünstigung des § 1234 Abs. 1 RVO. für die Arbeitnehmer, die unter den genannten Tarifvertrag fallen, nicht für sich in Anspruch nehmen. — —

Wir halten diese Auffassung für zutreffend.

Beantwortung von Anfragen.

Rechtsauskünfte aus unserem Arbeitsgebiet erteilen wir den Beziehern unserer Zeitschrift bereitwillig, ohne indessen eine Verpflichtung oder eine zivilrechtliche Haftung zu übernehmen. Für schriftliche Auskunft wird Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten, und zwar auch dann, wenn nur Bescheid durch die Zeitschrift erbeten, die Sache aber zur Veröffentlichung an dieser Stelle nach unserem Ermessen nicht geeignet ist.

Streit über den Übertritt in eine niedrigere Stufe bei freiwilliger Weiterversicherung (§ 313 RVO.).

1. **Nach Koblenz.** Antwort: Indem wir auf die von Ihnen selbst angezogenen Ausführungen von Hahn in ArbVers. 1919 S. 381 und von Hoffmann das. S. 501 verweisen, beurteilen wir den vorliegenden Fall wie folgt: Die aus der Versicherungspflicht Ausgeschiedene hat rechtzeitig ihre Weiterversicherung nach § 313 angezeigt und ist daher Mitglied geblieben. Einer Zustimmung des Kassenvorstandes bedurfte es nur zu der beigefügten Erklärung: „Die Versicherung soll in der Lohnstufe V erfolgen" — während die Versicherte als Pflichtmitglied der höheren Stufe X angehört hatte. Indem die Kasse ihr hierauf eine „Beitragskarte" über freiwillige Mitgliedschaft unter Angabe der Lohnstufe VII und des dieser entsprechenden Wochenbeitrags übersandte, hat die Kasse hinreichend deutlich erkennen lassen, daß sie auch die Übertrittserklärung geprüft, aber den Übertritt nur bis zur Stufe VII als billig befunden und genehmigt habe. Mit dieser Maßgabe ist die Weiterversicherung von vornherein wirksam geworden, da die Versicherte nicht zum Ausdruck gebracht hatte, daß sie sich nur unter der Bedingung der Zustimmung zum Übertritt in Stufe V weiterversichern wolle. Die Kasse kann daher die Beiträge für Stufe VII vom Beginn bis zum Ende beanspruchen. Streit hierüber ist nach § 405 Abs. 2 RVO. zu entscheiden. Wir nehmen aber (mit Hahn, gegen Hoffmann) an, daß in diesem Verfahren die Kasse nicht angehalten werden kann, dem Übertritt in eine niedrigere Stufe als Stufe VII zuzustimmen.

Ungesetzliche Zulassung von Beitrittserklärungen.

2. **Nach B.** Antwort: Die „infolge ihrer Überführung in ein Beamtenverhältnis" versicherungsfrei gewordenen Kassenmitglieder (§ 169 RVO.) konnten sich bei ihrem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung unter Beachtung der Vorschriften des § 313 RVO. freiwillig weiterversichern. Sie konnten statt dessen auch der Kasse nach § 176 RVO. freiwillig beitreten und waren in diesem Fall insbesondere nicht an die Dreiwochenfrist des § 313 gebunden; aber das Beitrittsrecht stand und steht ihnen nach der von der neueren Gesetzgebung unberührt gebliebenen Vorschrift des § 176 nur zu, wenn ihr jährliches Gesamteinkommen 2500 ℳ nicht übersteigt. Das ist eine zwingende Vorschrift, von der die Postkrankenkasse auch auf „höhere Weisung" nicht abweichen darf. Sie verstößt sonst gegen die Vor-

Digitized by Google

schrift, daß die Versicherungsträger nur die Geschäfte übernehmen dürfen, die ihnen das Gesetz überträgt (§ 25 Abs. 3 RVO.). Die Zulassung von Beitrittserklärungen unter ungesetzlichen Bedingungen bedeutet ungesetzlichen Betrieb von Versicherungsgeschäften. Die Beitrittserklärungen sind daher vollkommen wirkungslos. Ebenso unzulässig ist es, den für die Beitragsbemessung maßgebenden Grundlohn bei freiwilligen Mitgliedern anders als auf der Grundlage des § 180 RVO. festzusetzen. Hierüber verweisen wir auf Hahn, Anm. 7 zu § 180, Grunow in ArbVers. 1918 S. 181, sowie auf die Auskünfte in ArbVers. 1920 S. 500 Ziff. 9, S. 518 Ziff. 3.

Regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst (§ 165 Abs. 2 RVO.) von Schauspielern.

3. Nach Remscheid. Frage: Im hiesigen städt. Schauspielhause sind alljährlich Schauspieler beschäftigt, welche während der Dauer ihres Engagements von April bis September ein Einkommen haben, welches, aufs Jahr berechnet, die versicherungspflichtige Grenze von 15 000 ℳ überschreitet. Da Schauspieler aber durchschnittlich 4 bis 5 Monate im Jahr keine Anstellung haben, entsteht die Frage, ob die Betreffenden nicht doch versicherungspflichtig sind. Wenn auch einzelne in den Sommermonaten Gastrollen geben oder Gelegenheit finden, sich in Bädern oder an Varietés etwas zu verdienen, so ist das doch immerhin unsicher und nach unserer Ansicht nicht ausschlaggebend. Wir meinen, daß unter Berücksichtigung der besonderen Berufsverhältnisse Versicherungspflicht vorliegt, um so mehr, als gerade diese Personen infolge ihres unsicheren Einkommens der Hilfe in Krankheitsfällen usw. dringend bedürfen.

Antwort: Wir teilen Ihre Auffassung, wie Sie inzwischen schon aus Heft 4 S. 79 Ziff. 9 ersehen haben werden.

Verhalten der Kasse, wenn die Wöchnerin die fälligen Beträge nicht abholt.

4. Nach Eberswalde. Antwort: Die Leistungen aus der Reichsversicherung, mit Ausnahme der Unfallversicherung, werden nach § 1545 RVO. nur auf Antrag festgestellt. Ist der Antrag auf Gewährung der Wochenhilfe gestellt, so ist er auf die gesamten Leistungen zu beziehen. Daher hat die Kasse allerdings, wenn ihre Leistungspflicht festgestellt ist, die einzelnen sich daraus ergebenden Ansprüche bei Fälligwerden ohne weiteres zu befriedigen. Dabei ist aber zu beachten, daß Geldbeträge von dem Berechtigten bei der Krankenkasse, als einer öffentlichen Kasse, abzuholen sind. Die Ansicht des Versicherungsamts, „daß, wenn sich die Wöchnerin um die ihr noch zustehenden Beträge nicht kümmert, die Kasse auf irgendeine Weise dafür zu sorgen habe, daß die Wöchnerin in den Besitz ihrer Forderung gelangt", ist irrig. Die Kasse soll allerdings den Berechtigten die Befriedigung ihrer Geldforderungen nicht ungebührlich erschweren, also die Übersendung des Geldes auf Gefahr und Kosten der Versicherten nicht verweigern, wenn die Abholung besonderen Aufwand an Zeit oder Kosten verursachen würde (zu vgl. Entsch. des RVA. 2294, ArbVers. 1917 S. 183). Wenn aber die Wöchnerin die Übersendung gar nicht fordert, sodern sich sogar auf Aufforderung der Kasse einfach untätig verhält, so kann von einer unbilligen Verweigerung seitens der Kasse nicht die Rede sein, wenn diese der Sache nicht weiter nachgeht. Aus der Fassung des Gesetzes (§ 195a RVO.), wonach die Wöchnerinnen bestimmte Leistungen als Wochenhilfe „erhalten", läßt sich die Ansicht des Versicherungsamts nicht herleiten.

Ablauf der Wahlzeit bei Land- und bei Ortskrankenkassen.

5. Nach Waren (Müritz). Antwort: In der Begr. des Ges. über Landkrankenkassen usw. vom 28. 6. 19 heißt es mit Bezug auf § 5 (vgl. ArbVers. 1919 S. 416): „Da es ferner wünschenswert ist, daß die Wahlzeiten bei den einzelnen Landkrankenkassen nicht überall verschieden beginnen und endigen, so ist vorgesehen, daß die erste Wahlzeit bis zum 31. Dezember 1923 läuft..." Wenn dementgegen im Gesetzestext selbst (§ 5) der 1. Dezember 1923 als Ende der Amtsdauer bezeichnet ist, so liegt offenbar ein Druckfehler im Text vor. Auf die Ortskrankenkassen bezieht sich die Vorschrift keinesfalls. Bei ihnen ist die Amtsdauer der Vertreter bekanntlich bis „längstens" Ende 1921 erstreckt, was nicht ausschließt, daß Neuwahlen auch vor diesem Zeitpunkt stattfinden; das hat dann freilich die unerwünschte Folge, daß die Wahlzeiten bei diesen Kassen nicht sämtlich zur selben Zeit beginnen und endigen würden (zu vgl. ArbVers. 1919 S. 153).

Krankenpflege für Familienangehörige.

6. Nach Leipzig. Frage: Einige Kassenärzte haben es abgelehnt, die Angehörigen der Mitglieder zu behandeln, wenn nicht der Ehemann, sondern die Ehefrau bei uns versichert und der Ehemann vermöge seiner sozialen Stellung in der Lage ist, für den Unterhalt der Familie zu sorgen. Ist das Verfahren der Ärzte richtig, und haben die weiblichen Mitglieder in solchen Fällen für ihre Kinder, entgegen den Vorschriften im § 21 Abs. 3 der Satzung, keinen Anspruch auf freie ärztliche Behandlung?

Antwort: Nach Ihrer Satzung gewährt die Kasse als Familienhilfe Krankenpflege „an folgende Familienangehörige der Versicherten, welche darauf nicht anderweit gesetzmäßig Anspruch haben und die in seinem Haushalt leben: die Ehefrau, die Kinder usw." Ausgeschlossen sollen danach offenbar nur diejenigen bezeichneten Angehörigen sein, welche selbst einen versicherungsrechtlichen Anspruch auf Krankenpflege haben, nicht aber auch diejenigen, die auf Grund familienrechtlicher Unterhaltspflicht Krankenfürsorge von dem Unterhaltspflichtigen fordern können. Sonst wären Ehefrau und Kinder des Versicherten immer ausgeschlossen, die Bestimmung der Satzung also sinnlos. Deshalb ist das ablehnende Verhalten der Ärzte nicht gerechtfertigt.

§ 611 RVO. gilt auch gegenüber der ersatzberechtigten Krankenkasse.

7. Nach Bünde. Antwort: Ihre Bemängelung unserer Auskunft im Heft 2 S. 39 Ziff. 8 ist unbegründet. Allerdings hatte die Berufsgenossenschaft die im § 558 RVO. bezeichneten Leistungen „vom Beginn der 14. Woche nach dem Unfall", im vorliegenden Falle also, da es sich um die Folgen eines vor Jahren erlittenen Unfalls handelte, sofort vom Eintritt dieser Folgen zu gewähren. Dabei gilt nach § 584, wenn die Krankenkasse dem Verletzten für diese Zeit Krankengeld oder Krankenhauspflege gewährt hat, der Verletzte für eben diese Zeit als völlig erwerbslos, d. h. die Berufsgenossenschaft

Digitized by Google

hat ihm die Vollrente zu gewähren — jedoch, weil es sich um eine Neufeststellung der Entschädigung wegen veränderter Verhältnisse nach §§ 608 ff. handelt, mit der sich aus § 611 ergebenden Einschränkung, daß die Gewährung der Vollrente nur für die Zeit nach Anmeldung des Anspruchs verlangt werden kann. Dies muß auch die nach §§ 1501 ff. Ersatz aus der Unfallentschädigung beanspruchende Kasse gegen sich gelten lassen.

Erlöschen freiwilliger Mitgliedschaft durch Beitragsverzug (§ 314 Abs. 1 RVO.) trotz mangelnden Verschuldens.

8. **Nach Hagen (Westf.).** Antwort: Eine Entscheidung in Ihrem Sinne ist uns nicht bekannt. Im Gegenteil liegt eine Rev. Entsch. des Sächs. Landesversicherungsamts v. 21. 2. 20 vor, wonach die Mitgliedschaft Versicherungsberechtigter wegen zweimaligen Beitragsverzugs nach § 314 Abs. 1 RVO. auch dann erlischt, wenn der Verzug nicht auf einem Verschulden des Versicherten beruht (Arb.-Vers. 1920 S. 469). Allerdings betraf die Entscheidung den Fall, daß es sich um unverschuldetes Unvermögen zur Zahlung handelte, und das Landesversicherungsamt nahm in Übereinstimmung mit unserer Auskunft im Jahrg. 1912 S. 406 Ziff. 6 an, daß anders zu entscheiden wäre, wenn z. B. der Versicherte mit Recht annehmen konnte, daß die Kasse sich wegen der Beiträge durch Aufrechnung befriedigen werde. Aber wesentlich verschieden hiervon ist der vorliegende Fall, in welchem der Versicherte zu der Zeit, in der die Beiträge gezahlt werden mußten, aber nicht gezahlt wurden, bereits geisteskrank und für seine Handlungen oder Unterlassungen nicht mehr verantwortlich gewesen sein soll. Ein solcher Fall darf nicht anders beurteilt werden als der Fall unverschuldeten Zahlungsvermögens. Denn § 314 Abs. 1 RVO. ist eine Vorschrift zwingender Natur, die nach ihrem Wortlaut, nach ihrer Entstehungsgeschichte und ihrem Zwecke die Kasse gegen Beitragsverluste schützen soll und der gegenüber bloße Billigkeitserwägungen keine Beachtung finden können, so daß die Verwirkung der Mitgliedschaft auch dann eintritt, wenn die Zahlung infolge eines vom Beitragspflichtigen nicht zu vertretenden Umstandes unterbleibt (zu vgl. die erwähnte Entsch.). Das muß auch im vorliegenden Falle gelten. Die Kasse ist also in dem erst nach dem zweimaligen Beitragsverzuge (§ 314 Abs. 1) eingetretenen Versicherungsfalle nicht leistungspflichtig. Die gegenteilige Auffassung könnte übrigens, wie im vorliegenden Falle zu einer ungerechtfertigten Belastung der Kasse, so in anderen Fällen zu einer höchst unbilligen Benachteiligung des Versicherten führen, wenn nämlich die Kasse zu irgendwelchen Leistungen für den Versicherten nicht in Anspruch genommen worden wäre, gleichwohl aber die rückständigen Beiträge für mehrere Jahre (§ 29 RVO.) einziehen dürfte, nachdem sich herausgestellt hat, daß der Versicherte die Beitragsleistung infolge Unzurechnungsfähigkeit unterlassen, die Mitgliedschaft also (nach jener Auffassung) nicht verwirkt haben soll.

Lehrling oder Schüler?

9. **Nach D.** Frage: In dem Eleonorenheim in D. sind sogenannte Lernschwestern beschäftigt, welche zu Säuglingspflegerinnen und Fürsorgeschwestern für die Säuglingspflege ausgebildet werden. Von der Leitung des Eleonorenheims werden sie als Schülerinnen bezeichnet. Die Schülerinnen machen ein einjährigen Kursus für Säuglingspflegerinnen in der Anstalt mit. Sie erhalten dort freie Wohnung und Beköstigung und müssen hierfür eine monatliche Vergütung von 180 ℳ zahlen. Nachdem der einjährige Kursus beendet ist, werden die Teilnehmerinnen noch zwei Jahre lang unter Aufsicht als Säuglingspflegerinnen beschäftigt, erhalten jedoch außer freier Station hierfür kein Entgelt. Erst nach Beendigung des dritten Jahres wird ihnen für ihre Tätigkeit Vergütung gewährt. Es fragt sich, ob die Kursusteilnehmerinnen als „Lehrlinge ohne Lohn" anzusehen und zur Krankenkasse anzumelden sind, oder ob sie als „Volontärinnen" anzusehen und als solche nicht versicherungspflichtig sind.

Antwort: Die Bezeichnung ist nicht von entscheidender Bedeutung. Der Zweck der Beschäftigung ist in jedem Falle die Unterweisung zur Vorbereitung für den künftigen Schwesterberuf. Sie erfolgt aber, wie es scheint, doch lediglich oder im wesentlichen nicht durch methodischen Unterricht, sondern durch unmittelbare Einführung in die praktische Berufstätigkeit. Daher halten wir die Lernschwestern nicht für Schüler, sondern für Lehrlinge, die als solche krankenversicherungspflichtig sind. Im ersten Jahre mag, trotz des nach den gegenwärtigen Verhältnissen recht geringen Betrages von monatlich 180 ℳ, den die Lernschwestern zahlen, der ihnen gewährte Unterhalt als abgegolten anzusehen sein, so daß sie also einen Entgelt für ihre Beschäftigung nicht empfangen und folglich § 494 RVO. für sie gilt. Für die weiteren zwei Jahre empfangen sie in der freien Station Entgelt (§ 160 RVO.) und sind daher ohne die Beschränkung aus § 494 versichert. Der § 174 Ziff. 4 erscheint nicht anwendbar, da die Berufswahl doch wohl durch wirtschaftliche Beweggründe wenigstens wesentlich mitbestimmt ist.

Kosten der Verpflegung des mit der kranken Mutter in das Krankenhaus aufgenommenen Brustkindes.

10. **Nach Duisburg.** Frage: Die Ehefrau eines Versicherten bedurfte einige Monate nach der Entbindung wegen einer Operation der Krankenhausaufnahme. Auf Grund unserer Satzung wird den Frauen und Kindern freie Krankenhausverpflegung gewährt. Das etwa ein halbes Jahr alte Kind wird von der Mutter gestillt und hat deshalb mit der Mutter ebenfalls Aufnahme im Hospital gefunden, obwohl es gesund ist. Hat die Kasse auch für das Kind die Pflegekosten zu zahlen?

Antwort: Nein! Denn die Krankenhauspflege schließt bei der Familienhilfe wie im Falle des § 184 RVO. Kur und Verpflegung selbstverständlich nur für die in das Krankenhaus eingewiesene Kranke ein. Die Kosten der Verpflegung des mitaufgenommenen Kindes sind also nicht von der Kasse, sondern von dem unterhaltspflichtigen Versicherten zu bestreiten.

Zur Dreiwochenfrist nach § 214 RVO.

11. **Nach J.** Antwort: Bei Berechnung der Dreiwochenfrist des § 214 RVO. kommt es nicht auf den Tag der Abmeldung, sondern auf den Zeitpunkt des Ausscheidens des Versicherten aus der Kasse, und ferner nicht auf den Tag der Erhebung des Anspruchs, sondern auf den Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalls an. Hatte der Versicherte am 30. September noch zuletzt in der versicherungspflichtigen Beschäftigung gestanden, so lief die Dreiwochenfrist mit dem 21. Oktober ab; aber der am 22. Oktober erhobene Anspruch würde noch begründet

Digitized by Google

sein, wenn die Erkrankung schon vor diesem Tage eingetreten wäre. — Die Ihnen von anderer Seite erteilte Auskunft beruht auf Irrtum, insbesondere auf einer falschen Auffassung der Bemerkung von Hahn in Anm. 2 zu § 214 RVO. Denn der Tag, in dessen Verlaufe der Versicherte aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausgeschieden ist, ist doch zugleich der Tag, an dem er aufgehört hat, der Kasse anzugehören. Von diesem Tage an bemißt sich daher die Dreiwochenfrist gemäß § 125 RVO. so, wie wir es angegeben haben. Zu vgl. Entsch. des RVA. 2306 Amtl. Nachr. 1917 S. 98 und sächs. LVA. in ArbVers. 1917 S. 635.

Pflichtbeiträge und freiwillige Beiträge zur Invalidenversicherung einer Krankenschwester für Kriegsdienstzeiten.

12. **Nach Insterburg.** Antwort: § 1 Abs. 1 der Verordnung vom 15. 8. 17 über die Invalidenversicherung bei der freiwilligen Krankenpflege (RGBl. S. 231, ArbVers. S. 233) macht die Versicherungspflicht davon abhängig, daß die beschäftigte Person binnen zwei Monaten nach Verkündung der Verordnung vom Arbeitgeber die Leistung von Beiträgen verlangt. Hat sie diese Frist versäumt, so kann die Entrichtung von Beiträgen durch den Arbeitgeber nicht mehr gefordert werden. Die Verordnung macht keinen Unterschied, ob die Versäumung der Frist auf einem Verschulden beruht oder nicht. Unkenntnis der Verordnung schützt, wie auch sonst Unkenntnis des Gesetzes, nicht vor den Rechtsfolgen. Von der Heeresverwaltung kann daher im vorliegenden Falle die Verwendung von Beiträgen nicht mehr gefordert werden. Anders steht es mit der freiwilligen Nachentrichtung der Beiträge durch die Krankenschwester selbst. Nach § 1 Abs. 2 der Verordnung sollen die ohne eine Erklärung des Beschäftigten entrichteten Beiträge nicht als zu Unrecht verwendet angesehen werden. Das gilt nicht nur für Beiträge, die vor der Verordnung entrichtet sind, sondern auch für solche, die nach Ablauf der Zweimonatsfrist, sei es vom Arbeitgeber, sei es vom Versicherten selbst, beigebracht sind (vgl. Klehmet in Monatsschr. für Arb. u. Angest. Vers. 1917 Sp. 404). Nach § 3 der Verordnung vom 23. 12. 15 (RGBl. S. 845, ArbVers. 1916 S. 39) wird man der Schwester, da sie militärische Dienstleistungen im Sinne dieser Vorschrift verrichtet hat, noch bis zum Ablauf des Kalenderjahres, das dem Jahre des Friedensschlusses folgt, also bis Ende 1921, die Befugnis zugestehen müssen, die sämtlichen Marken für die Zeit von dem Eintritt in die Kriegskrankenpflege ab selbst nachzubringen.

Zulagen zu Unfallrenten scheiden bei Anwendung des § 1542 RVO. aus.

13. **Nach Osnabrück.** Antwort: Ausdrücklich bestimmt § 7 der Vrdg. v. 5. 5. 20 (RGBl. S. 878, ArbVers. S. 293), daß bei der Anwendung des § 1542 (und anderer Vorschriften) der RVO. die nach der Vrdg. zu gewährenden Zulagen als Unfallentschädigungen nicht in Anrechnung kommen. Das bedeutet im vorliegenden Falle, daß die Stadtgemeinde als Trägerin der Unfallversicherung wegen der Zulage sich nicht aus dem dem Verletzten gegen die Eisenbahndirektion zustehenden Schadensersatzanspruche befriedigen kann. Es soll dadurch vermieden werden, daß die Zulage an Stelle der Berechtigten Gemeindeverbänden, Krankenkassen, Landesversicherungsanstalten usw. unmittelbar oder mittelbar zugute komme (zu vgl. Rettig in MonSchr. f. Arb. u. AngestVers. 1920 Sp. 316). Die Zulage ist also als ein höchstpersönlicher, auf andere nicht übergehender Anspruch des Verletzten gedacht, und zwar auf Grund der einleuchtenden Erwägung, daß sie billigerweise für den dringenden Notbedarf des Verletzten unantastbar bleiben soll. Demgegenüber kann es rechtlich unmöglich ins Gewicht fallen, daß es eine „Härte" für den Versicherungsträger bedeute, wenn dieser sich nur wegen der Rente, nicht auch wegen der Zulage an den Schadenersatzpflichtigen halten dürfe.

§ 216 Abs. 1 RVO. ist zwingende Vorschrift.

14. **Nach B.** Frage: Daß nach § 216 Abs. 1 Ziff. 1 RVO. die Krankenhilfe ruht, solange der Berechtigte eine Freiheitsstrafe verbüßt, wird in manchen Fällen als eine unbillige Härte empfunden, z. B. wenn der politische Redakteur einer Tageszeitung aus seiner Redakteurtätigkeit eine längere Freiheitsstrafe erhält, er als Mitglied seine Beiträge weitergezahlt hat, dann aber im Falle der Krankheit seiner Ansprüche verlustig gehen müßte. Welche Möglichkeiten liegen vor, daß ihm die Krankenpflege gesichert werden kann, zumal wenn er zu dem Anstaltsarzt kein Vertrauen hat und einen Kassenarzt in Anspruch nehmen kann. Es ist die Möglichkeit denkbar, daß die Anstaltsverwaltung ihre Zustimmung gibt, einen Kassenarzt zu konsultieren und Arznei und Heilmittel auf Kosten der Kasse in Anspruch zu nehmen. Sind trotz der Bestimmungen des § 216 hierzu irgendwelche Möglichkeiten vorhanden?

Antwort: Nein; denn die Vorschrift des § 216 Abs. 1 ist zwingender Natur. Die Kasse würde durch Aufwendung von Kassenmitteln unter Außerachtlassung des § 216 sich dem Einschreiten der Aufsichtsbehörde nach §§ 30, 31, 363 RVO. aussetzen.

Versicherungsfreiheit von Zeitungsträgerinnen wegen geringen Entgelts (§ 168 RVO.).

15. **Nach Corbach.** Antwort: Da die Zeitungsträgerinnen sonst keine berufsmäßige Lohnarbeit verrichten, sondern nur ihren Haushalt versorgen und für das Austragen der Zeitungen nur einen Entgelt beziehen, der bei allen für den Lebensunterhalt nicht wesentlich erscheint, so sind diese Frauen gemäß § 168 RVO. und Ziff. 13 der Bekanntmachung vom 17. 12. 13 (ArbVers. 1913 S. 848) für versicherungsfrei zu erachten.

Haftung des Arbeitgebers oder seines Stellvertreters für Strafbeiträge aus § 531 Abs. 2 RVO.

16. **Nach Guben.** Antwort: Die Zahlung des Mehrfachen der rückständigen Kassenbeiträge kann nach § 531 Abs. 2 RVO. nur dem wegen Verletzung der Meldepflicht „Bestraften" auferlegt werden. Ist nur der Gutsverwalter als Stellvertreter des Arbeitgebers — des Gutsbesitzers — zu Strafe verurteilt, so kann das Mehrfache des Rückstandes nur dem Verwalter auferlegt und von ihm beigetrieben werden. Der Besitzer haftet für diesen Beitrag nur, falls er gleichfalls bestraft ist. Das ergibt sich zweifelsfrei aus § 534 Abs. 2 und 3 RVO.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

Heft 1311 der ganzen Folge.

38. Jahrgang | 21. März 1921 | Heft 9

Das Gesetz über eine außerordentliche Beihilfe an die Empfänger von Renten aus der Invalidenversicherung vom 26. 12. 1920.

Von Kontrollinspektor F. Quatmann in Oldenburg im Freistaat.

Wir leben in einer unsteten Zeit. Seit den Tagen der Revolution ergießt sich eine Flutwelle von Gesetzen und Gesetzeskraft habenden Verordnungen über das deutsche Volk. Es scheint so, als wenn die maßgebenden Stellen der Meinung wären, daß der Not der breiten Masse mit immer neuen Gesetzen abgeholfen werden könnte. Wenn diese Gesetze nun noch wenigstens bis in die äußerste Konsequenz durchdacht und so gefaßt wären, daß sie zu Zweifeln keine Veranlassung geben würden, könnte man sich vielleicht noch zufrieden geben. Dem ist aber keineswegs so. Besonders die sozialpolitischen Gesetze und von diesen in erster Linie die auf die Invalidenversicherung sich beziehenden Gesetze leiden an diesen großen Mängeln. Das Gesetz vom 20. 5. 20, betr. die Abänderung der Leistungen und Beiträge in der Invalidenversicherung, ist in Fassung und Form so unvollkommen, daß nicht nach ihm gearbeitet und verfahren werden konnte. Erst nachdem das RVAmt und die Vorstände der LVAnstalten auf einer gemeinsamen Tagung 18 Richtpunkte aufgestellt hatten, war eine einheitliche Durchführung gesichert. Und wie steht es nun mit dem Gesetze vom 26. 12. 20? Abgesehen davon, daß in seiner Fassung die Absicht des Gesetzgebers nicht unzweideutig zum Ausdruck kommt, so birgt es so viele Ungeheuerlichkeiten, Ungerechtigkeiten und Härten in sich, daß man sich verwundert fragen muß, wie solch ein Werk zum Gesetz erhoben werden konnte. Der Staatsbürger muß sich im Deutschen Reiche gegenwärtig mit vielem abfinden, aber was ihm hier geboten wird, geht über das Maß des Erträglichen hinaus. Es hat den Anschein, als wenn die Reichsregierung sich an dem Zustandekommen des Gesetzes nicht mehr als unbedingt geboten beteiligt hat. Wären auch die Versicherungsanstalten zur Mitarbeit herangezogen worden, so hätte ein so unglückliches Gebilde das Licht des Tages nicht erblickt.

Das Gesetz ist am 18. 12. 20 vom Reichstag angenommen, am 26. 12. 20 vom Reichspräsidenten unterzeichnet und am 31. 12. 12. verkündet worden. Erst mit der Verkündung kommt ein Gesetz zustande. Der Reichspräsident hat das verfassungsmäßige Recht, ein vom Reichstage beschlossenes Gesetz abzulehnen und darüber einen Volksentscheid herbeizuführen. Solange die Unterzeichnung und Verkündung nicht stattgefunden hat, kann ein Gesetz auch nicht angewendet werden. Das schließt natürlich nicht aus, daß es rückwirkende Kraft erhält. Wie ist nun bei dem Gesetze vom 26. 12. 20 verfahren worden?

Als das Gesetz vom Reichstage verabschiedet war, wurde alsbald von der mit der Durchführung desselben beauftragten obersten Postbehörde der Markenverkauf bei den Postanstalten und sonstigen Markenverkaufs-

Digitized by Google

stellen gesperrt. Vom 20. 12. 20 ab waren wieder Beitragsmarken zu kaufen, die seit dem 1. 8. 20 gültigen kosteten jetzt aber ausnahmslos das Doppelte des Nennwerts. Auch von den Versicherungsanstalten wurden keine Marken zum aufgedruckten Werte abgegeben. Diese mehr als zehn Tage vor der Verkündung des Gesetzes erfolgte Erhöhung der Beitragsmarken ist gesetzwidrig und deshalb rechtsungültig. Der § 1412 RVO. besagt, daß die Marken jeder Versicherungsanstalt von den Postanstalten ihres Bezirks und besonderen Verkaufsstellen der Landesversicherungsanstalten zum Nennwerte verkauft werden. Dieser Paragraph war bis zum 31. 12. 20 voll in Kraft. Weder der Reichstag, noch die Reichsregierung oder gar eine oberste Reichsbehörde konnte ihn außer Geltung setzen; nur durch ein Gesetz war er zu beseitigen und ein solches war bis zum 31. 12. 20 nicht da. Durch die Verkündung des Gesetzes ist meines Erachtens dieser Zustand nicht gerechtfertigt worden. Weil das geübte Verfahren mit dem Gesetz nicht in Übereinstimmung zu bringen ist, haften die den Markenverkauf zum Nennwert sperrenden Behörden den Arbeitgebern und Versicherten für den entstandenen Schaden. Die Schadensersatzklage ist vor den bürgerlichen Gerichten auszutragen. Es werden aber verhältnismäßig wenig Fälle sein, in denen einwandfrei nachgewiesen werden kann, daß ein Schaden entstanden ist. Doch darauf kommt es im vorliegenden Falle nicht an. Hier handelt es sich darum festzustellen, daß die Anordnungen der Verfügungsbehörden ungesetzmäßig waren und deshalb zu scharfer Kritik herausfordern. Wenn selbst die hohen Reichsbehörden die Gesetze nicht befolgen und sich von Zweckmäßigkeitsgründen leiten lassen, was soll man dann in der gegenwärtigen Zeit mit ihrem tiefen Moralstande von dem einfachen Staatsbürger erwarten.

Wenn man nun die Frage aufwirft, ob die Preisverdoppelung der bis zum Inkrafttreten des Gesetzes rückständigen Beitragsmarken unbedingt geboten war, so ist darauf mit einem glatten „Nein" zu antworten. Man konnte auch auf einem anderen Wege das gesteckte Ziel erreichen. Ohne allen Zweifel hätte ein wilder Markeneinkauf und eine gewaltige Hamsterei eingesetzt, wenn bekanntgeworden wäre, daß von einem bestimmten Tage ab die Beitragsmarken das Doppelte des Nennwertes kosten würden. Diesem mußte aber unter allen Umständen vorgebeugt werden, sollte nicht die Absicht des Gesetzgebers, genügende Mittel für die Rentenbeihilfen zu beschaffen, vereitelt werden. Das ließ sich aber auch auf andere Weise ermöglichen. Wenn die Reichsregierung Vorbereitungen getroffen hätte, daß das Gesetz sofort nach der Verabschiedung im Reichstage vom Reichspräsidenten unterzeichnet und auch noch am gleichen Tage verkündet worden wäre, hätte man das Ziel auch auf legalem Wege erreicht. Es mag dieses Verfahren ungewöhnlich und mit Schwierigkeiten, namentlich technischer Art, verbunden sein, aber in einem so dringlichen Falle hätte Rat geschafft und ein neuer Weg beschritten werden müssen. Dem Gesetze wäre durch eine solche Regelung zwar nichts von seiner Härte genommen, der Einwand der „Ungesetzlichkeit" hätte dann aber von niemandem erhoben werden können, und das wäre schon ein nicht zu unterschätzender Vorteil gewesen.

Am unklarsten in ihrer Fassung und am meisten angefeindet sind die Bestimmungen des Gesetzes über die Erhöhung der Beiträge. Besonders erbost ist man darüber, daß auch die Beiträge aus der Zeit vor dem 20. 12. 20 — d. h. soweit dafür noch keine Marken beschafft waren — in doppelter Höhe geleistet werden müssen, und zwar auch dann, wenn die Beiträge an diesem Tage noch nicht fällig waren. Aus dem Wortlaute des Gesetzes ist nicht klar zu ersehen, daß der Gesetzgeber auch diese Beiträge hat treffen wollen. Nach den Verhandlungen des Reichstages und den Verfügungen des Reichsarbeitsministers muß dies aber angenommen werden. Der Wille des Gesetzgebers hätte hier unter allen Umständen so präzise zum Ausdruck kommen müssen, daß Zweifel nicht aufsteigen konnten.

Digitized by Google

Es war vorauszusehen, daß die Bestimmung einen Sturm der Entrüstung auslösen und eine große Zahl von Streitfällen zeitigen würde. Durch eine zweifelsfreie Fassung hätte man vielen Weiterungen aus dem Wege gehen können.

Es läßt sich nicht verkennen, daß es schon eine Ungeheuerlichkeit ist, die Beitragsmarken urplötzlich auf das Doppelte des Nennwertes zu erhöhen und zu einem Zeitpunkte, an dem vor nicht ganz fünf Monaten eine Steigerung um das Drei- bis Fünffache erfolgt war. In normalen Zeiten, als im Deutschen Reiche geordnete Verhältnisse herrschten und Industrie, Handel, Verkehr und Landwirtschaft in höchster Blüte standen, hat es langer Verhandlungen und Kämpfe bedurft, ehe eine Beitragserhöhung um nur wenige Pfennige vorgenommen werden konnte. Die Konkurrenzunfähigkeit auf dem Weltmarkte wurde stets als Schreckgespenst an die Wand gemalt. Und jetzt, wo alles bei uns daniederliegt, scheut man sich nicht, zweimal so kurz hintereinander diese gewaltigen Steigerungen vorzunehmen. Vollends unverständlich und eine durch nichts gerechtfertigte Härte ist es aber, daß auch die bis zum 20. Dezember 1920 fälligen Beiträge von der Verdoppelung erfaßt werden sollen. Das muß geradezu erbitternd wirken. Wenn jemand im privaten Leben so verfahren würde, müßte ihm mit Recht der Vorwurf gemacht werden, daß sein Handeln gegen „Treu und Glauben" verstoße. Ein großer Teil der Beiträge für Dienstboten und in ständigen Arbeitsverhältnissen stehende Versicherte braucht erst am Schlusse des Kalendervierteljahres entrichtet zu werden. Die Beitragsleistung war am 20. Dezember 1920 bis zum 30. September 1920 ordnungsgemäß erfolgt. Daß hier nun, obwohl keinerlei Verschulden von seiten des Arbeitgebers und des Versicherten vorliegt, die Beiträge für fast ein Vierteljahr in doppelter Höhe entrichtet werden müssen, dafür fehlt dem breiten Publikum das Verständnis. Ähnliche Verhältnisse bestehen, wenn den Arbeitgebern von den Versicherungsanstalten die Erlaubnis erteilt worden ist, die Beitragsleistung am Schlusse des Kalendervierteljahres zu bewirken.

In seinen Wirkungen noch verhängnisvoller und härter ist der § 6 des Gesetzes, der von der Erstattung und dem Umtausch von Beiträgen — richtiger Beitragsmarken — handelt und der bestimmt, daß der einfache Geldwert zugrunde zu legen ist. Soweit es sich um noch nicht verwendete Beitragsmarken handelt, ist gegen die Bestimmung nicht viel einzuwenden, denn diese Marken lassen sich immer ohne Schaden an andere Arbeitgeber und Versicherte absetzen. Es wird wohl kaum jemandem einfallen, die zum doppelten Nennwerte eingekauften Beitragsmarken gegen andere Marken bei den Postanstalten usw. einzulösen, wenn er weiß, daß ihm nur der Nennwert derselben gutgerechnet wird. Es ist ohne weiteres zuzugeben, daß diese Bestimmung getroffen werden mußte, um eine Benachteiligung des Reiches bzw. der Versicherungsanstalten zu verhindern. Wesentlich anders liegt die Sache aber, wenn die Marken zu den Quittungskarten verwendet sind. Wenn in solchen Fällen einwandsfrei nachgewiesen werden kann, daß die Marken zum doppelten Preise gekauft sind, müßte auch der volle Wert angerechnet werden. Das könnte auch ganz unbedenklich geschehen, wenn eine scharfe Prüfung die Richtigkeit der Angaben bestätigt. Es kommt sehr oft vor, daß ohne Verschulden des Arbeitgebers und Versicherten Beitragsmarken einer zu niedrigen Lohnklasse verwendet werden. In vielen Fällen wird von Behörden — auch von den Versicherungsämtern — unrichtige Auskunft erteilt; die Folge ist die falsche Markenverwendung. In den Grenzbezirken der Versicherungsanstalten und namentlich dort, wo mehrere Postämter, von denen das eine zu dieser, das andere zu jener Anstalt gehört, dicht beieinander liegen, ist die Verwendung falscher Marken ein tagtägliches Vorkommnis. Wird in solchen Fällen ein Markenberichtigungsverfahren durchgeführt, so müßte meines Erachtens stets der für die Marken tatsächlich gezahlte Preis angerechnet werden. Eine strenge Be-

Digitized by Google

weisführung ist naturgemäß zu fordern. Welche Ungerechtigkeiten vorkommen können, wenn nach dem Buchstaben des Paragraphen verfahren wird, mögen einige Beispiele zeigen: „Ein Kontrollbeamter der Landesversicherungsanstalt zieht auf Grund unrichtiger Angaben eines Versicherten von dem Arbeitgeber Beiträge in doppelter Höhe ein und klebt die erforderlichen Beitragsmarken in die Quittungskarte ein. Später stellt sich heraus, daß Versicherungspflicht nicht vorgelegen hat. Der Arbeitgeber stellt Anspruch auf Erstattung des vollen Wertes der geleisteten Beiträge. Würde demselben nur der Nennwert der von dem Kontrollbeamten zu Unrecht eingezogenen Beiträge erstattet, so wäre das ein Verfahren, das nicht scharf genug verurteilt werden kann. — In der irrigen Annahme der Berechtigung zur Selbst- oder Weiterversicherung werden Beitragsmarken doppelten Nennwerts geklebt. Wenn bei der Erstattung der Beiträge nur der einfache Wert angerechnet würde, wäre das eine Handlungsweise, die weder den Karteninhaber noch die Versicherungsanstalt befriedigen kann." Im Gesetz ist zwar nicht ausdrücklich festgelegt, daß auch im Markenberichtigungsverfahren nur der einfache Wert der Marken zugrunde zu legen ist, in der Praxis wird aber grundsätzlich so verfahren. Es wäre wünschenswert, wenn das RVA. bald Gelegenheit fände, im instanziellen Verfahren über die Regelung dieser Frage eine Entscheidung abzugeben.

Da das Gesetz nicht besonders vorschreibt, welche Stellen den Umtausch der Marken vorzunehmen haben, kommen hierfür die durch die RVO. bestimmten Markenverkaufsstellen und Postanstalten, in einigen Fällen aber auch die Landesversicherungsanstalten, in Betracht. Werden den beiden erstgedachten Stellen Beitragsmarken neuer Art zum Umtausch vorgelegt, so kann es nicht verhindert werden, daß der Beamte usw. die zum Nennwerte entgegengenommenen Marken wieder zum doppelten Preise verkauft und den Überschuß in seine Tasche steckt. Eine Überwachung ist praktisch unmöglich. Auch wenn Listen über die entgegengenommenen Marken geführt werden, können Unredlichkeiten nicht verhindert werden. Es ist einfach nicht festzustellen, ob die eingelieferten Marken auch tatsächlich in dem Verzeichnis Aufnahme finden. Die Behörde ist auf die Ehrlichkeit der Postbeamten und der Inhaber der Markenverkaufsstellen angewiesen. Das ist ein Zustand, der weder das Publikum, noch die Behörde und auch den Beamten selbst nicht befriedigen kann. Letzterer hat das größte Interesse daran, daß der Markenumtausch sich so abspielt, daß auch nicht der leiseste Verdacht einer Unredlichkeit aufkommen kann. Anderseits muß auch die Behörde unbedingte Sicherheit dafür haben, daß Schwindeleien nicht vorkommen können. Bei den Versicherungsanstalten lassen sich leicht Vorkehrungen treffen, daß Unredlichkeiten zur Unmöglichkeit werden. Wollte der Gesetzgeber diese Angelegenheit nicht selbst regeln, so hätte die Reichsregierung bzw. die mit der Durchführung des Gesetzes beauftragte Stelle unverzüglich hierüber Vorschriften erlassen müssen. Das ist bislang aber nicht geschehen.

Aber nicht nur in bezug auf die Beiträge, sondern auch hinsichtlich der Leistungen enthält das Gesetz sehr große Härten. Die Bestimmung im § 1, daß die Beihilfe solchen Personen nicht zu zahlen ist, die irgendeine Militärversorgung erhalten, wirkt in vielen Fällen ungerecht. Eine große Zahl der auf Grund des Militärpensions- und des Mannschaftsversorgungsgesetzes versorgten Personen des Soldatenstandes bezieht nur eine geringe Pension oder Rente. Es gibt Versorgte darunter, die nur 3 oder 6 ℳ im Monat bekommen. Daß solchen Rentenempfängern die Beihilfe restlos vorenthalten wird, ist durch nichts gerechtfertigt. Man hätte sich unter allen Umständen damit zufrieden geben müssen, die Beihilfe um den Betrag der Militärrentenbezüge zu kürzen. Es geht nicht an, diese Personenkreise von den Beihilfen auszuschließen, weil demnächst eine Neuordnung der Bezüge stattfinden soll. Es kann gar nicht zweifelhaft sein, daß diese Vorschrift noch sehr viel böses Blut machen wird.

Digitized by Google

Sehr hart und unbillig ist auch die Bestimmung im § 3, daß die Beihilfe nicht länger als drei Monate rückwärts gezahlt werden darf. Selbst unter normalen Verhältnissen nimmt das Rentenfeststellungsverfahren öfters längere Monate in Anspruch. Wird aber erst ein Rentenantrag abgewiesen und kommt die Sache in den Instanzengang, so kann es Jahre dauern, ehe die Endentscheidung fällt. Würde bei Anerkennung des Anspruchs die Beihilfe nur drei Monate — entweder vom Tage der Entscheidung oder der Zustellung des Bescheides an — rückwärts gezahlt, so wäre das eine Härte sondergleichen. Die Schuld an der Verzögerung trifft nicht den Rentenbewerber, sondern den Versicherungsträger. Soll die dreimonatige Frist aber erst mit dem Tage der Rentenbewilligung oder der Zustellung des Bescheides in Lauf gesetzt werden, so hätte das im Gesetz zum Ausdruck gebracht werden müssen. Es geht nicht an, all diese Zweifel im Wege der Rechtsprechung zu klären.

Scharf zu bemängeln ist sodann noch, daß im Gesetz die aufgehobenen oder abgeänderten Paragraphen der RVO. nicht bezeichnet worden sind. Daß die dem neuen Gesetz entgegenstehenden Vorschriften rechtsungültig sind, ist ohne weiteres klar, es hätte aber die Durchführung wesentlich erleichtert, wenn diese Maßnahme getroffen worden wäre.

Es erübrigt sich, auch nur ein Wort zu dem System der Zulagen und Beihilfen zu den Renten zu sagen. Abgesehen von den Empfängern der Bezüge selbst ist wohl niemand damit zufrieden. Der Charakter der Versicherung ist vollkommen verwischt und die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung zu einer Unterstützungskasse ihrer Rentenbezieher geworden. Hoffentlich bricht die bevorstehende Reform mit diesem System und schafft wieder geordnete Zustände.

Anmerkung der Schriftleitung: Über die Frage, ob die Verteuerung der Versicherungsmarken auf das Doppelte auch für die Zeit vor dem 20. 12. 20 gilt (zu vgl. Heft 7 S. 133), gehen uns fortgesetzt Meinungsäußerungen und Entscheidungen zu. Wir werden im nächsten Heft noch eine bejahende und eine verneinende Entscheidung veröffentlichen und hiermit die Erörterung dieser Frage für geschlossen ansehen, zumal eine höchstinstanzliche Entscheidung darüber in naher Aussicht steht. In den von Mitgliedern des Reichsversicherungsamts herausgegebenen „Monatsblättern für Arbeiterversicherung" (1921 Heft 1/2) wird bemerkt: „Die rechtliche Seite der Frage der Pflicht zur Nachentrichtung der bis zum 20. oder auch der bis zum 31. Dezember 1920 (dem Tage der Verkündung des Gesetzes) fälligen Beiträge soll hier nicht erörtert werden, da das Reichsversicherungsamt in Kürze dazu in sachlicher Entscheidung Stellung zu nehmen haben dürfte. Erwähnt sei nur, daß die Versicherungsträger darüber einig sind, daß jedenfalls für das Einziehungs- und das Beitragsberichtigungsverfahren und wohl auch für einige vereinzelte Sonderfälle Ausnahmen in dem Sinne zuzulassen sind, daß die in die Zeit vor dem Beihilfegesetz fallenden Rückstände in Marken einfachen Wertes zu entrichten sind, daß aber im übrigen auch für die Rückstände aus der Zeit vor dem 20. Dezember 1920 die Nachentrichtung der Marken zum doppelten Werte zu erfolgen habe. Erhebt sich Streit, so wird er im Wege des § 1459 RVO. zum Austrag zu bringen sein."

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Zur ausschließlichen Zuständigkeit der Versicherungsbehörden für Ansprüche von Armenverbänden gegen Versicherungsträger (aus §§ 1531, 1540 RVO.).

Urteil des Landgerichts Berlin I (7. Zivilk.) v. 5. Oktober 1920 (22 S. 5/20).

. . . Nach § 13 GVG. gehören vor die ordentlichen Gerichte alle bürgerlichen Rechtsstreitigkeiten, für die nicht entweder die Zuständigkeit von Verwaltungsbehörden oder Verwaltungsgerichten begründet ist oder reichsgesetzlich besondere Gerichte bestellt oder zugelassen sind. Für die Beantwortung der Frage, ob der Rechtsweg zulässig ist oder nicht, ist das Rechtsverhältnis maßgebend, aus dem der Anspruch hergeleitet ist. Hierbei ist nicht die vom Kläger (Armenverband) vorgetragene Klagebegründung ausschlaggebend, sondern es muß der Anspruch nach seinem materiellen Gehalt geprüft werden. Diese Prüfung ergibt, daß der Kläger Ersatz verlangt für die Unterstützung, die er nach gesetzlicher Pflicht, nämlich nach § 29 des Gesetzes über den Unterstützungswohnsitz, einem Hilfsbedürftigen für die Zeit, für welche dieser einen Anspruch nach

Digitized by Google

der Reichsversicherungsordnung gegen die Beklagte (Krankenkasse) hatte, gewährt hat. Der Kläger macht also einen Anspruch aus § 1531 RVO. geltend. Streitigkeiten über derartige Ersatzansprüche werden nach § 1540 RVO. im Spruchverfahren entschieden. Hiermit ist der öffentlich-rechtliche Charakter des Anspruchs festgestellt und der Rechtsweg über die ordentlichen Gerichte als ausgeschlossen zu erachten.

Der Kläger behauptet zwar, daß er nicht einen nach den §§ 1531, 1540 RVO. zu verfolgenden Anspruch gegen die Beklagte geltend mache, sondern daß er den Anspruch auf das bürgerliche Recht, nämlich auf Geschäftsführung ohne Auftrag und ungerechtfertigte Bereicherung stütze. Allein der Rechtsweg wird für einen den ordentlichen Gerichten entzogenen Rechtsstreit nicht dadurch zulässig, daß der Kläger den Anspruch einen privatrechtlichen nennt und sich dafür auf Bestimmungen des bürgerlichen Rechts beruft, der den Anspruch und den Rechtsstreit darüber als einen bürgerlich-rechtlichen kennzeichnet. Der vom Kläger hier vorgetragene Tatbestand läßt aber nur den Schluß zu, daß es sich um einen öffentlich-rechtlichen Anspruch handelt, über den im Streitfalle von einer Verwaltungsbehörde zu entscheiden ist, wie ja auch das Reichsversicherungsamt darüber entschieden hat.

Das Reichsgericht hat in ähnlichen Fällen in demselben Sinne entschieden. Es hat z. B. in mehrfachen Entscheidungen (RG. 25, 302, 32, 345, 67, 401, 70, 395, 79, 427, Gruchot 41, 401, 53, 1082, 55, 1046) die Versuche Steuerpflichtiger zurückgewiesen, auf dem Umwege über eine Bereicherungsklage im ordentlichen Prozesse die angeblich zuviel gezahlten Abgaben zurückzufordern, weil es sich dabei immer nur um die Steuerpflicht selbst, über die in einem Verfahren vor den Verwaltungsbehörden entschieden wird, nicht aber um einen davon verschiedenen Rechtsgrund gehandelt habe. So ist auch im vorliegenden Falle der Rechtsweg zu versagen, weil es sich eben nur um den öffentlich-rechtlichen Anspruch aus § 1531 RVO. handelt. In RG. Bd. 87 S. 120 bezeichnet das Reichsgericht es ausdrücklich als einen Grundsatz, daß ein dem ordentlichen Rechtsweg entzogener, öffentlich-rechtlicher Anspruch nicht in Gestalt einer Bereicherungs- oder Schadensersatzklage vor dem ordentlichen Richter entzogen werden kann.

Es muß bei Beurteilung dieser Fälle berücksichtigt werden, daß sich solche Ansprüche vom bürgerlich-rechtlichen Standpunkt aus meistens als Ansprüche aus ungerechtfertigter Bereicherung, Geschäftsführung ohne Auftrag usw. darstellen werden, so daß nach der Rechtsansicht des Klägers dann immer die Möglichkeit vorläge, das Verwaltungsstreitverfahren durch Anrufung der ordentlichen Gerichte zu umgehen oder gar wie hier, den Anspruch auf beiden Rechtswegen nebeneinander zu verfolgen. Das hat aber der Gesetzgeber zweifellos nicht gewollt.

Für die Auffassung des Gerichts spricht auch eine Entscheidung des Kammergerichts vom 9. Juli 1915 (9. U. 736. 15), der fast derselbe Tatbestand wie in dem vorliegenden Falle zugrunde liegt. Hier hat auch das Kammergericht den Rechtsweg für unzulässig erklärt. Zwar stützt sich das Urteil auf die §§ 57, 58 des früheren Krankenversicherungsgesetzes; es behält jedoch auch für unseren Fall seinen Wert, weil § 1540 RVO. aus § 58 KVG. ohne wesentliche Änderung hervorgegangen ist.

Das kammergerichtliche Urteil vom 1. Juli 1918 (22. U. 165. 18), das der Kläger zu seinen Gunsten anführt, ist keine Stütze für seine Ansicht, weil es sich auf einen ganz anderen Tatbestand gründet. Es erklärt nämlich den Rechtsweg deshalb für unzulässig, weil der Anspruch auf vertraglicher, also privatrechtlicher Grundlage, nicht aber auf der gesetzlichen öffentlich-rechtlichen Grundlage der §§ 1531, 1540 RVO. beruht.

Danach hat der erste Richter die Einrede der Unzulässigkeit des Rechtsweges mit Recht für begründet erklärt und war die Berufung zurückzuweisen.

Anmerkung: Die Entscheidung steht im Einklang mit der Auffassung anderer höchster Gerichtshöfe, wie sie besonders von Hahn hier 1916 S. 68 ff. nachgewiesen und schließlich auch vom Großen Senat des Reichsversicherungsamts in der Entsch. 2559 Amtl. Nachr. 1920 S. 169, ArbVers. 1920 S. 330 gebilligt worden ist.

Die Frist zur Anmeldung des Ersatzanspruchs (§ 1539 RVO.) ist gewahrt, wenn die Anmeldung vor Beginn der Unterstützung erfolgt ist.

Rev. Entsch. des Reichsversicherungsamts (2. Sen.) vom 9. November 1920.

Nach § 1539 RVO. ist der Ersatzanspruch ausgeschlossen, wenn er nicht spätestens 6 Monate nach Ablauf der Unterstützung bei dem Träger der Reichsversicherung geltend gemacht wird. Wie bereits früher angenommen und auch neuerdings in der grundsätzlichen Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 16. September 1920 (in einer Streitsache derselben Parteien wegen des Ersatzanspruchs aus der Krankenversicherung der Emilie S., IIa K. E. 80/20, veröffentlicht in ArbVers. 1920 S. 670) ausgesprochen ist, beginnt die Ausschlußfrist des § 1539 a. a. O. nach Ablauf der Unterstützung seitens des Ersatzberechtigten. Da im vorliegenden Falle der Kläger (Armenverband), als der Ersatzberechtigte, die Unterstützung erst zu einer Zeit gewährt hat, als er den Ersatzanspruch bei der Beklagten (Krankenkasse) bereits angemeldet hatte, haben die Vorinstanzen mit Recht angenommen, daß die Anmeldung rechtzeitig erfolgt ist. Die Verurteilung der

Digitized by Google

Beklagten zur Ersatzleistung, gegen die im übrigen von ihr Einwendungen nicht erhoben sind, ist hiernach gerechtfertigt.

Aussetzung des Verfahrens vor dem Schlichtungsausschuß bei Kündigung von Kassen- oder Genossenschaftsangestellten.

Gutachten des preuß. Justizministers v. 14. Dezember 1920 (HMBl. 1921 S. 9).

Der Auffassung des Herrn Reichsarbeitsministers, daß ein Verfahren aus § 705 RVO. — ebenso aus § 358, § 413 Abs. 2 Satz 1 — als ein gerichtliches Verfahren im Sinne des § 86 Betr.-RGes. (gegebenenfalls auch des § 22 Abs. 2 Vrdg. v. 12. Februar 1920 RGBl. S. 1218) zu gelten hat, dessen Einleitung die Aussetzung des Verfahrens vor dem Schlichtungsausschuß herbeizuführen geeignet ist, stimme ich zu.

In dem Regierungsentwurfe des Betriebsrätegesetzes war für den Fall fristloser Entlassung aus wichtigem Grunde das Recht des Einspruchs und der Anrufung des Schlichtungsausschusses nicht vorgesehen, weil vermieden werden sollte (zu vgl. Begr. zu § 40 Abs. 3), zwei Stellen, Schlichtungsausschuß und Gericht, mit der Entscheidung über die gleiche Rechtsfrage zu befassen. Nachdem durch Umgestaltung des Gesetzentwurfs in der Nationalversammlung das Recht des Einspruchs und der Anrufung des Schlichtungsausschusses auch auf den Fall fristloser Kündigung ausgedehnt war, mußte für die nunmehr unvermeidlich gewordenen Fälle des Zusammentreffens eines Streits vor dem Schlichtungsausschuß und eines Verfahrens vor einer anderen zuständig gebliebenen Behörde Vorkehrung gegen widersprechende Entscheidungen getroffen werden. Diesem offenkundigen Zweck würde die Vorschrift des § 86 BetrRGes. nur unvollkommen genügen, wenn ihre Anwendung in den Fällen des § 358, § 413 Abs. 2 Satz 1, § 705 RVO. ausgeschlossen sein sollte. Die Entscheidungen der Versicherungsbehörden ergehen in diesen Fällen nach förmlichem Verfahren und wirken bei Rechtskraft wie gerichtliche Urteile. Selbst wenn man aber den Verhandlungen vor den Versicherungsbehörden den Charakter eines bürgerlichen Rechtsstreits absprechen und in ihren Entscheidungen lediglich eine mit Rücksicht auf die Berufsgenossenschaften eingeführte Vorentscheidung erblicken will, so wird eben berücksichtigt werden müssen, daß vor Erschöpfung des in der Reichsversicherungsordnung geregelten Verfahrens die Streitsache im ordentlichen Rechtswege nicht anhängig gemacht werden darf. Es wird also im Sinne des § 86 BetrRGes. das Verfahren vor den Versicherungsbehörden, wenn nicht als abschließendes gerichtliches Verfahren, so doch zwanglos als Bestandteil eines solchen angesehen werden dürfen.

Gegenüber der unverkennbaren Absicht des Gesetzes, widerstreitende Entscheidungen verschiedener Stellen über den gleichen Streitfall nach Möglichkeit auszuschließen, kann es auch nicht ins Gewicht fallen, daß der Satz 2 des § 86 Abs. 2 BetrRGes. und damit übereinstimmend Satz 2 des § 22 Abs. 2 der Vrdg. vom 12. Februar 1920 von der Erhebung der Klage spricht, und daß in dem Verfahren vor den Versicherungsbehörden nach §§ 358, 413, 705 RVO. eine Klageerhebung im streng prozeßrechtlichen Sinne nicht in Frage kommt.

B. Zur Krankenversicherung.

Zusammentreffen von Entbindung mit Krankheit.

Urteil des Oberversicherungsamts Leipzig vom 13. November 1920 (II 32/20).

Zwar braucht die Kasse, nachdem ihr Vorstand einen Beschluß nach § 195c RVO. auf Gewährung von Sachleistungen nicht gefaßt hat, nach § 195a nur eine Barleistung von 50 ℳ zu gewähren, die alle Unkosten der Niederkunft, also auch die ärztlichen, deckt. Es bildet jedoch dies nur dann die hinreichende gesetzliche Leistung, wenn es sich um eine normale, glatte Niederkunft handelt. Es soll durch die Vorschriften in §§ 195a, 195c, 205a RVO. die Zuziehung eines Arztes selbst bei normalem Verlaufe einer Entbindung möglichst gefördert werden, in denen sie — besonders bei jeder ersten Entbindung — vernünftigerweise angezeigt erscheint. An sich beweist die Zuziehung eines Arztes noch nicht, daß eine Entbindung einen unnormalen Verlauf hatte. Nur dann, wenn sie regelwidrig verlief und besondere ärztliche Kunstgriffe erforderte, so daß sie als Krankheit angesehen werden muß, kann von unnormaler Entbindung gesprochen werden. In einem solchen Falle liegt eine Gefährdung des Leibes und Lebens der Wöchnerin vor, also eine Krankheit, welche die Regelleistungen der Kasse in Krankheitsfällen, also Krankenpflege im Sinne von § 182 der Reichsversicherungsordnung, zur Folge hat. Hierzu aber gehört nach dieser Gesetzesbestimmung auch ärztliche Behandlung bzw. Ersatz der vom versicherten Mitgliede aufgewendeten Arztkosten.

Im vorliegenden Falle nun hat es sich um eine regelwidrige Entbindung, um eine sogenannte Zangengeburt gehandelt. Eine solche erforderte zweifellos sachkundige ärztliche Hilfe, andernfalls für die Klägerin bzw. ihr Kind verhängnisvolle Folgen eintreten mußten. Daß derartige schwierige Fälle, die

Digitized by Google

die Gesundheit, die körperliche Unversehrtheit, ja sogar das Leben eines Kassenmitgliedes schwer bedrohen, lediglich durch das Wochenhilfe-Pauschale voll gedeckt werden sollten, hat der Gesetzgeber, der die Kassenmitglieder doch besser stellen wollte, nicht beabsichtigt. Er hat besondere Bestimmungen für solch regelwidrige Entbindungen nicht getroffen, weil diese Fälle eben als Krankheitsfälle durch § 182 RVO. gedeckt sind (ArbVers. Heft 3 1921 S. 52).

Wochengeld steht weiblichen Lehrlingen auch zu, wenn sie ohne Entgelt beschäftigt werden.

Urteil des **Oberversicherungsamts Berlin** vom 3. Dezember 1920 (K. 3161/20. I).

Die Spruchkammer konnte sich der Auffassung der Beklagten nicht anschließen, daß es sich um einen Fall handle, der sich gemäß § 1693 RVO. zur Abgabe an das Reichsversicherungsamt eigene. Es mag dahingestellt bleiben, ob nach dem Wortlaut des durch die Bekanntmachung vom 22. Mai 1920 aufgehobenen § 195 RVO. ein Anspruch der Klägerin begründet wäre oder nicht, durch die neue Fassung des § 195a RVO. erscheint jedenfalls ein Zweifel nach dieser Richtung ausgeschlossen. Denn § 195a gewährt den Wöchnerinnen ein Wochengeld in Höhe des Krankengeldes, jedoch mindestens ein und eine halbe Mark täglich, und ein Stillgeld in Höhe des halben Krankengeldes, jedoch mindestens 75 Pf. täglich. Da die Bekanntmachung vom 22. Mai 1920 diese Mindestsätze im § 17 auch minderbemittelten Wöchnerinnen gewährt, die keinen Anspruch nach § 2 a. a. O. haben, so kann die Vorschrift im § 2 a. a. O. (§ 195a) nur dahin verstanden werden, daß grundsätzlich ein Anspruch besteht, wenn Wöchnerinnen im letzten Jahre vor der Niederkunft mindestens sechs Monate hindurch gegen Krankheit versichert gewesen sind, und daß nur die Höhe des Wochen- bzw. Stillgeldes sich nach der Höhe des Krankengeldes richtet. Ist ein solches, wie nach § 494 RVO., nicht zuständig, so sind mindestens 1½ ℳ Wochengeld und mindestens 75 Pf. Stillgeld zu gewähren. Das Verhältnis des § 494 zum § 195a ist, abgesehen davon, daß die neuere Vorschrift des § 195a eine erweiterte Fürsorgepflicht für die Wöchnerinnen einführt, auch schon deswegen nicht nach der Auffassung der Beklagten zu beurteilen, weil die Mindestsätze selbst hinter dem niedrigsten Krankengelde zurückbleiben, folglich die Abhängigkeit von einem Krankengeldanspruch nicht nur nicht vermuten lassen, sondern sogar ausschließen.

Wochen- und Stillgeld für weibliche Lehrlinge ohne Entgelt.

Entscheidung des **Oberversicherungsamts Berlin** vom 3. Dezember 1920 (K. 3161. 20 I).

Die Spruchkammer konnte sich der Auffassung der Beklagten nicht anschließen, daß es sich um einen Fall handele, der sich gemäß § 1693 RVO. zur Abgabe an das Reichsversicherungsamt eigne. Es mag dahingestellt bleiben, ob nach dem Wortlaut des durch die Bekanntmachung vom 22. Mai 1920 aufgehobenen § 195 RVO. ein Anspruch der Klägerin begründet wäre oder nicht, durch die neue Fassung des § 195a RVO. erscheint jedenfalls ein Zweifel nach dieser Richtung ausgeschlossen. Denn § 195a RVO. gewährt den Wöchnerinnen ein Wochengeld in Höhe des Krankengeldes, jedoch mindestens eineinhalbe Mark täglich, und ein Stillgeld in Höhe des halben Krankengeldes, jedoch mindestens 75 Pfennig täglich. Da die Bekanntmachung vom 22. Mai 1920 diese Mindestsätze im § 17 auch minderbemittelten Wöchnerinnen gewährt, die keinen Anspruch nach § 2 a. a. O. haben, so kann die Vorschrift im § 2 a. a. O. (§ 195a RVO.) nur dahin verstanden werden, daß grundsätzlich ein Anspruch besteht, wenn Wöchnerinnen im letzten Jahre vor der Niederkunft mindestens 6 Monate hindurch gegen Krankheit versichert gewesen sind und daß nur die Höhe des Wochen- bzw. Stillgeldes sich nach der Höhe des Krankengeldes richtet. Ist ein solches, wie nach § 494 RVO., nicht zuständig, so sind mindestens eineinhalbe Mark Wochengeld und mindestens 75 Pfennige Stillgeld zu gewähren. Das Verhältnis des § 494 zum § 195a RVO. ist, abgesehen davon, daß die neuere Vorschrift des § 195a RVO. eine erweiterte Fürsorgepflicht für die Wöchnerinnen einführt, auch schon deswegen nicht nach der Auffassung der Beklagten zu beurteilen, weil die Mindestsätze selbst hinter dem niedrigsten Krankengelde zurückbleiben, folglich die Abhängigkeit von einem Krankengeldanspruch nicht nur nicht vermuten lassen, sondern sogar ausschließen.

Verfahren bei der Genehmigung von Dienstordnungen.

Entscheidung des **preuß. Ministers für Volkswohlfahrt** vom 19. Januar 1921 (Volksw. S. 110).

Die angefochtene Entscheidung, durch welche ein von der Allgemeinen Ortskrankenkasse für den Stadtbezirk Köln eingereichter Nachtrag zur Dienstordnung ohne nähere Angabe von Gründen mit gewissen „Einschränkungen" genehmigt wird, findet im § 355 RVO. in der Fassung der Verordnung vom 5. Februar 1919 (RGBl. S. 181) keine ausreichende Grundlage. Nach dieser Gesetzesvorschrift konnte das Oberversicherungsamt zu dem vorgelegten Nachtrage zur Dienstordnung oder zu einzelnen Vor-

Digitized by Google

schriften dieses Nachtrages aus bestimmten Gründen die Genehmigung versagen. Die nähere Angabe der Gründe für eine solche Versagung ist für die Nachprüfung im Beschwerdewege unerläßlich. Die Kasse würde daraus gleichzeitig haben ersehen können, welche Fassung der Vorschriften und welche Beträge des Besoldungsplanes das Oberversicherungsamt für genehmigungsfähig hält. Sie wäre dann in der Lage gewesen, neue Beschlüsse zu fassen. Eine neue Beschlußfassung über nicht genehmigte Vorschriften einer Dienstordnung ist aber notwendig, sie kann nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung nicht dadurch ersetzt werden, daß das Oberversicherungsamt in einem die Genehmigung betreffenden Bescheide bestimmte Bestimmungen selbst aufstellt. Nur unter den Voraussetzungen des § 356 RVO. sind rechtsverbindliche Festsetzungen des Oberversicherungsamts zulässig. Die hier gewählte Form einer Entscheidung bedeutet daher auch keine Vereinfachung oder Abkürzung des von den Krankenkassen bei Festsetzung von Dienstordnung oder Besoldungsordnung einzuschlagenden Verfahrens.

In der grundsätzlichen Entscheidung des Reichsversicherungsamtes Nr. 2134 (Amtl. Nachr. 1915 S. 814) sind die Befugnisse des Oberversicherungsamts bei Genehmigung oder Versagung von Satzungsbestimmungen in gleicher Weise begrenzt. Nach Entscheidung 1795 (Amtl. Nachr. 1913 S. 837) ist eine Entscheidung des Oberversicherungsamts mit der Maßgabe zulässig, daß eine von der Kasse beschlossene Nebenbestimmung wegfällt. Hierbei handelt es sich also lediglich um die Nichtgenehmigung einer Bestimmung, die ohne Einfluß auf den übrigen Inhalt der Satzung bleibt. Ebenso kann, ohne daß wesentliche Erschwerungen des Geschäftsganges eintreten, auch bei der Genehmigung von Dienstordnungen verfahren werden.

Unterlag hiernach die Entscheidung wegen eines wesentlichen formalen Mangels der Aufhebung, so erschien es andererseits angezeigt, durch eine Zurückverweisung der Sache an das Oberversicherungsamt diesem Gelegenheit zu geben, zu den im Beschwerdeverfahren vorgebrachten Gründen der Krankenkasse für die Anerkennung der von ihr beschlossenen, aber beanstandeten Gehaltssätze Stellung zu nehmen. Eine wiederholte Prüfung der von der Krankenkasse beschlossenen Besoldungsordnung ist ferner dadurch erforderlich geworden, daß das Gesetz zur Sicherung einer einheitlichen Regelung der Beamtenbesoldung vom 21. Dezember 1920 (RGBl. S. 2117) weitere Richtlinien gegeben und eine neue Regelung vorgeschrieben hat.

C. Zur Unfallversicherung.

Berufsgenossenschaftliche Zugehörigkeit von Blumenhandlungen.

Beschluß des **Reichsversicherungsamts** vom 30. Dezember 1920.

Unter der Herrschaft der älteren Versicherungsgesetze waren Blumenhandlungen, in denen unter Beschäftigung von mehr als zehn Personen und ohne Verbindung mit einer Gärtnerei aufgekaufte natürliche Blumen, Blätter und dergleichen zu Kränzen und Sträußen verarbeitet werden, den Holz-Berufsgenossenschaften zugewiesen, weil diese Arbeiten eine gewerbsmäßige Be- und Verarbeitung von Gegenständen darstellten, und der den Holz-Berufsgenossenschaften zugeteilten Industrie der Weberei und Flechterei von Holz, Bast und Binsen am nächsten ständen (zu vgl. Handb. der Unfallvers. I S. 194 Anm. 12 Abs. 1 zu § 2 des GewUnfVersGes.). Diese Rechtsübung läßt sich nach der durch die RVO. veränderten Rechtslage nicht mehr in vollem Umfange aufrechterhalten. Durch den von der RVO. neugeschaffenen Begriff der Behandlung und Handhabung der Ware (§ 537 Abs. 1 Nr. 11) ist auch die gesamte bisher unversicherte Verkaufstätigkeit der Unfallversicherung unterstellt worden. Es ist daher bei der Prüfung der berufsgenossenschaftlichen Zugehörigkeit von Blumenhandlungen jetzt zu untersuchen, welche der in solchen Betrieben ausgeführten Tätigkeiten als Be- und Verarbeitung von Gegenständen, und welche als Behandlung und Handhabung der Ware zu gelten haben. Daß unter letzteren Begriff die sachgemäße Aufbewahrung und Pflege und der Verkauf einzelner Blumen fällt, kann nicht zweifelhaft sein. Anders wird man aber auch nicht die Tätigkeit des meist eine besondere Fachausbildung besitzenden Verkaufspersonals beurteilen können, die darin besteht, daß an sich einzeln verkäufliche Blumen den Wünschen der Käufer entsprechend zu Sträußen oder sonstigen künstlichen Gebinden zusammengestellt werden. Es handelt sich dabei lediglich darum, die Ware dadurch in verkaufsfähigen Zustand zu versetzen, daß sie den Wünschen und dem Geschmack des kaufenden Publikums angepaßt wird. Die gleichen Grundsätze hat das Reichsversicherungsamt in ständiger Rechtsübung bereits für Betriebe aufgestellt, in denen ein Verkauf von fertigen Kleidungsstücken, insbesondere von Damenkleidern und -Hüten, stattfindet und regelmäßig Umänderungsarbeiten in größerem Umfange erforderlich werden. Arbeiten der letzteren Art sind, sofern sie auf Grund der Verkaufsverhandlungen vorgenommen werden, als Behandlung und Handhabung der Ware angesehen worden. Bei dieser Sachlage bleiben als Be- und Verarbeitung von Gegenständen in Blumenhandlungen nur die Tätigkeiten übrig, welche die Herstellung von künstlichen

Digitized by Google

Gebinden auf Vorrat zum Gegenstand haben. Die Firma R. G. in Königsberg beschäftigt nach der Angabe ihres Inhabers vom 17. September 1920 in ihrer Blumenhandlung und Binderei außer einer Kassiererin, drei erste Binderinnen, eine zweite Binderin, zwei Drahterinnen, drei Lehrmädchen und drei Laufburschen, somit insgesamt über zehn Personen. Die zum Verkauf gelangenden Pflanzen sind sämtlich von fremder Herkunft. In der Binderei entfällt nur ein Zehntel der Arbeiten auf die Anfertigung von Kränzen, Blumengebinden u. dgl. auf Vorrat, dagegen neun Zehntel unmittelbar auf Bestellung der Kundschaft. Danach überwiegt in dem streitigen Betrieb bei weitem die Behandlung und Handhabung der Ware. Da nach Lage der Akten auf diese Tätigkeit auch mindestens 300 Arbeitstage im Jahre entfallen (Bekanntmachung des RVA. vom 15. Januar 1912, Amtl. Nachr. S. 504), gehört der Betrieb zur Detailhandels-Berufsgenossenschaft.

Unfall beim Antritt zur Arbeit. — Zuständigkeit zur Entscheidung über Ersatzansprüche gegen den Unternehmer aus §§ 577, 1531 RVO.; Umfang des Anspruchs.

Entscheidung des **Versicherungsamts Hamburg** v. 4. Februar 1921 (2026/20. K.).

Die Ehefrau Wilhelmine D. erlitt am 7. Mai 1920 in dem Betriebsgebäude der beklagten Firma (Verlag und Druckerei) einen Unfall, indem sie auf der Treppe auf dem Wege in den im II. Stock belegenen Arbeitsraum zu Fall kam und sich eine Kopfverletzung zuzog. Sie wurde für Rechnung der Allgemeinen Armenanstalt mit einem Notverband versehen, in das Krankenhaus gebracht und dort bis zum 30. Mai verpflegt. Die Beklagte erstattete erst am 26. Mai bei der Berufsgenossenschaft die Unfallanzeige und erst am 1. Juli wandte sich die D. an die Berufsgenossenschaft, die mit dem 7. Juli die ärztliche Behandlung wegen der auf die Kopfverletzung zurückgeführten nervösen Beschwerden übernahm. Die Feststellungen über das Krankenversicherungsverhältnis der D. ergaben, daß es sich um eine nicht versicherungspflichtige Gelegenheitsarbeit gehandelt hatte, die D. also einer Krankenkasse nicht angehörte. Berufsgenossenschaft — die Klägerin zu 1 — welche über den Ablauf der 13. Woche seit dem Unfall Heilbehandlung gewährt und auch die Rente für die Folgezeit festgesetzt und Vorschüsse darauf gezahlt hat, forderte die Beklagte auf, ihr für die Krankenhilfe Ersatz mit ⅝ des Grundlohnes zu leisten. Sie forderte einen Betrag von 69,75 ℳ unter Berechnung von ⅝ . 6 ℳ täglich für die 31 Tage vom 7. Juli bis 6. August, und ersuchte die beklagte Firma, das Krankengeld direkt an die D. zu zahlen. Das Krankengeld hat weder die Berufsgenossenschaft noch die Beklagte gezahlt. Diese verweigerte aber Ersatz und Zahlung, indem sie bestritt, daß die D. den Unfall als ihre Arbeiterin in ihrem Betriebe erlitten habe. Die Verletzte wurde ab und zu vom „General-Anzeiger" der beklagten Firma als Einlegerin beschäftigt. Auch an dem Unfalltage wurde sie zum Einlegen bestellt. Da sie infolge anderweitiger Besorgungen nicht zu Hause war, wurde ein Bestellzettel für sie hinterlassen. Als sie nach Hause kam und den Zettel fand, begab sie sich sofort nach dem „General-Anzeiger". Um nun recht schnell zur Arbeitsstelle zu gelangen, ging sie gleich, ohne sich beim Expedienten zu melden, nach dem Einlegesaal. In dem Augenblick, als sie die Tür des Saales öffnen wollte, verlor sie den Halt und stürzte die neben dem Saale befindliche Treppe hinunter. Die bekl. Firma behauptet, daß die D. erst gegen 2½ Uhr erschienen sei, als die Arbeit bereits beendet gewesen wäre. Die Meldung beim Expedienten sei keineswegs eine leere Form gewesen, denn Frauen, die nicht rechtzeitig erscheinen, könnten vom Expedienten, der sie einstellte, zurückgewiesen werden, was öfters vorkomme. Hätte die D. sich beim Expedienten gemeldet, wäre sie zurückgewiesen worden. Sie sei übrigens auch nicht beim Öffnen der Tür des Einlegesaales, sondern beim Begehen der Treppe verunglückt. Ein Arbeitsverhältnis sei also gar nicht zustande gekommen, weil die Frau noch nicht eingestellt war und die Arbeit auch noch nicht aufgenommen hätte, als sie auf dem Wege zur Arbeit verunglückte. Daher beantragte die Beklagte Abweisung des Anspruchs der Berufsgenossenschaft.

Die Allgemeine Armenanstalt — Klägerin zu 2 — ist der Klage der Berufsgenossenschaft beigetreten und hat auch ihrerseits ihren Ersatzanspruch wegen ihrer Aufwendungen gegen die Beklagte geltend gemacht, und zwar für ärztliche Nothilfe auf 10 ℳ, für den Transport ins Krankenhaus 15 ℳ und für Krankenhauspflegekosten für 24 Tage vom 7. bis 30. Mai 216 ℳ, insgesamt 241 ℳ nebst 4 v. H. Zinsen seit dem Beginn des Streites zu zahlen. Die Klägerin zu 2 stützt diesen Anspruch auf § 577 RVO. und § 2 des Unterstützungswohnsitzgesetzes, indem sie ebenfalls einen Betriebsunfall der D. im Betriebe der Beklagten annimmt.

Der Vorsitzende des Spruchausschusses hat durch Vorentscheidung die beklagte Firma verurteilt, an die Berufsgenossenschaft (Klägerin zu 1) 69,75 ℳ und an die Armenanstalt, unter Abweisung der Mehrforderung, 195,40 ℳ zu zahlen. — Gründe:

Es steht fest und die Parteien sind sich auch darüber einig, daß ein krankenversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis keinesfalls vorgelegen hat. Wenn daher die D. bereits auf Grund eines Arbeitsverhältnisses im Banne des Betriebes der Beklagten sich befand, als der Unfall eintrat, so hatte die Beklagte auf Grund des § 577 RVO. für die ersten 13 Wochen Krankenhilfe zu gewähren und der Berufsgenossenschaft, welche die Krankenpflege in dieser Zeit übernommen hat, für die gewährte Leistung nach § 579 RVO. Ersatz zu leisten. Die Zuständigkeit des Versicherungsamts zur Entscheidung über diesen Ersatzanspruch der Berufsgenossenschaft ist durch § 585 RVO. zweifelsfrei bestimmt.

Dagegen könnte die Zuständigkeit des Versicherungsamts zur Entscheidung des Ersatzanspruchs des Armenverbandes in Zweifel gezogen werden. Auf § 62 des Unterstützungswohnsitzgesetzes vom 30. Mai 1908 kann der Ersatzanspruch nicht gestützt werden, da diese Bestimmung nur den Übergang privatrechtlicher Unterhaltungsansprüche auf den Armenverband im Auge hat und solche Streitigkeiten vor den ordentlichen Gerichten geltend zu machen wären (vgl. Eger, Kommentar zum Unterstützungswohnsitz-

Digitized by Google

gesetz, 3. Auflage, S. 397, Wohlers-Krech, Kommentar zum Unterstützungswohnsitzgesetz, 12. Auflage, S. 274 und Arbeiter-Versorgung 1904 S. 214 sowie Seelmann, Die Ersatzansprüche der Armenverbände Anm. 12 zu § 1531 der Reichsversicherungsordnung S. 31). Unter der Herrschaft des Gewerbeunfallversicherungsgesetzes war bereits die Frage bestritten, ob das Recht der Unfallversicherung dem Armenverband, der an Stelle des aus § 12 Abs. 2 GewUnfVersGes. verpflichteten Unternehmers Krankenunterstützung gewährt hat, einen Ersatzanspruch gewährt und in welchem Verfahren darüber zu entscheiden ist. Das preußische Oberverwaltungsgericht hat in seiner Entsch. vom 23. April 1903 (Arbeiter-Versorgung 1903 S. 516) an seiner früheren Rechtsauffassung festgehalten, daß es sich bei einem solchen Streit nicht um einen Ersatzanspruch im Sinne des § 14 GewUnfVersGes. handele, daß die Zuständigkeit der Verwaltungsgerichte dafür also nicht gegeben sei. Der badische Verwaltungs-Gerichtshof in einer Entsch. vom 29. März 1904 (Arbeiter-Versorgung 1904 S. 86) machte sich dagegen die Argumente Seelmanns in der Arbeiter-Versorgung 1901 S. 413 und 1903 S. 248 zu eigen, nach denen der § 14 GewUnfVersGes. zu den ersatzberechtigten „Beteiligten" auch den Armenverband zählen soll, der für den Betriebsunternehmer eintritt. Auch das sächsische Oberverwaltungsgericht schloß sich dieser Auffassung an. Die ordentlichen Gerichte stellten sich wieder auf den Standpunkt des preußischen Oberverwaltungsgerichts (vgl. Entsch. des Landgerichts Stettin v. 11. November 1904 und des Landgerichts Königsberg v. 29. Februar 1904 in der Arbeiter-Versorgung 1905 S. 206 und 1904 S. 213).

Auch die Reichsversicherungsordnung regelt den Ersatzanspruch des Armenverbandes gegen den aus § 577 RVO. verpflichteten Betriebsunternehmer nicht ausdrücklich. Der Anspruch ergibt sich jetzt aus der allgemeinen Bestimmung des § 1531 RVO. Das Reichsversicherungsamt in seiner Entsch. v. 12. April 1915 (Entsch. und Mitt. des RVA. Bd. 5 S. 184) nimmt freilich auch für das Recht der RVO. noch einen Rechtsübergang auf Grund des § 62 des Unterstützungswohnsitzgesetzes an. Diese Ansicht erscheint jedoch unhaltbar, wie oben dargelegt ist. Die Seelmannsche Auffassung (a. a. O. S. 31), daß der Anspruch auf Ersatz auf die Rechtsgrundsätze der ungerechtfertigten Bereicherung zu stützen sei, ist aber ebenfalls abzuweisen, da diese nur subsidiär anzuwenden sind und § 1531 RVO. jetzt klar den Ersatzanspruch auch gegenüber dem Unternehmer gibt. Allerdings sind die folgenden Sonderbestimmungen nicht auf diesen besonderen Ersatzanspruch abgestellt. Das kann aber nur dazu führen, daß diese Lücke im Sinne der Absichten des Gesetzgebers durch analoge Anwendung der im Gesetz aufgestellten Rechtsgrundsätze für die Gestaltung und Durchführung des Ersatzanspruchs ausgefüllt wird. Jedenfalls ist danach der Ersatzanspruch des Armenverbandes gegen den Unternehmer auf Grund des § 1531 im Grunde gegeben und daher über ihn nach § 1540 in Verbindung mit §§ 1771, 1772 vom Versicherungsamt, und zwar nach § 1774 dem für den Wohn- oder Beschäftigungsort der Versicherten zuständigen Versicherungsamt Hamburg zu entscheiden. Die abweichende Konstruktion von Seelmann (a. a. O. S. 32) ist nicht nötig, da der Ersatzanspruch auf § 1531 gegründet wird. Das Versicherungsamt konnte also in demselben Verfahren über die Ansprüche beider klagenden Parteien gegen die Beklagte entscheiden.

Beide Ersatzansprüche hängen im Grunde also davon ab, ob die D. als Arbeiterin im Betriebe der Beklagten zu Schaden gekommen ist. Wenngleich die Berufsgenossenschaft die Rente bereits festgesetzt und somit ihre Entschädigungspflicht bereits anerkannt hat, so ist doch das Versicherungsamt in diesem Verfahren an diese Feststellung nicht gebunden. Es hat die zwischen den Parteien streitige Frage selbständig nach freier Überzeugung zu entscheiden. Nach der Lage des Falles mußte es aber zu der Überzeugung gelangen, daß hier ein Arbeits- und Versicherungsverhältnis bereits vorgelegen hat, als sich der Unfall ereignete, und daß der Unfall sich auch beim Betriebe der Beklagten ereignet hat.

Mögen auch über den Sachverhalt in Nebenpunkten abweichende Behauptungen vorliegen, so ist doch unstreitig, daß die D. auf Bestellung durch befugte Vertreter der Unternehmerin zur Arbeit gekommen ist und daß sie ohne besondere Meldung direkt nach dem Arbeitssaal hinaufging. Es mag sein, daß sie zurückgewiesen wäre, wenn sie sich vorher beim Expedienten gemeldet hätte. Da sie das aber nicht getan hat und die Frau, die sich offenbar sehr beeilte, noch zur Arbeit zu gelangen, nicht zurückgewiesen worden wäre, wenn sie in den Arbeitssaal gelangt und an ihre Arbeit gegangen wäre, zu der sie einer besonderen Anleitung nicht mehr bedurfte, so ist davon auszugehen, daß durch die Bestellung zur Arbeit und dadurch, daß sie ihr Folge leistete, das Arbeitsverhältnis im versicherungsrechtlichen Sinne begründet war, als sie im Gebäude zum Antritt der Arbeit die Treppe hinaufging. Der Weg über die Treppen innerhalb des Betriebsgebäudes stand aber unzweifelhaft im Gefahrenbereich des Betriebes (vgl. Handb. der Unfallvers. Anm. 38 zu § 1 und die dort angeführten Entscheidungen des Reichsversicherungsamts). Die besondere Beziehung zu dem Betriebe war hier auch dadurch gegeben, daß die schwächliche und leidende Frau (vgl. die Armenakten), um schnell zur Arbeit zu gelangen und ihre Verspätung einzuholen, sich offenbar übernommen und deshalb auf der Höhe der Treppen von einem Schwindelanfall ergriffen wurde. Die Berufsgenossenschaft hat daher mit Recht einen Betriebsunfall angenommen. Der Anspruch aus § 577 RVO. gegen den Unternehmer und folgeweise der Ersatzanspruch der Kläger aus § 1531 RVO. gegen die Beklagte war daher begründet.

Digitized by Google

Das Maß des Ersatzanspruchs kann aber zweifelhaft sein. Es war zu prüfen, unter welche der Sonderbestimmungen über die Gestaltung und das Maß der Ersatzansprüche dieser Ersatzanspruch fällt. Um Leistungen der Krankenkasse im Sinne der §§ 1532, 1533 handelt es sich hier nicht. § 1531 Abs. 2 RVO. hat nur Bedeutung für das Verfahren zur Durchführung des Hauptanspruchs (vgl. Stier-Somlo Handausg. der RVO. Anm. 3 zu § 1551). Das hat aber nicht zur Folge, daß die Leistung des Unternehmers auf Grund des § 577 RVO. sachlich als eine Leistung der Krankenkasse im Sinne des § 1532 zu gelten hat. Es handelt sich hier vielmehr um eine Leistung der Unfallversicherung, die ihren Rechtsgrund und ihre Regelung lediglich im Recht der Unfallversicherung hat (vgl. Entsch. des RVA. v. 12. April 1915 in Entsch. u. Mitt. Bd. 5 S. 185 unten). Der § 1535 RVO. ist aber offenbar ebensowenig auf diesen Ersatzanspruch abgestellt wie der § 25 Abs. 2, 4 und 5 GewUnfVers.-Ges., da er ebenso den Ersatz der baren Unterstützungen aus der Unfallrente vorsieht, welche hier gar nicht in Frage kommt. Infolge dieser Unstimmigkeit sieht sich Seelmann a. a. O. S. 31 zu der Ansicht genötigt, daß die beschränkenden Vorschriften der §§ 1535, 1506, 1507 RVO. für diesen Ersatzanspruch überhaupt nicht gelten. Dieser Auffassung vermag das Versicherungsamt nicht zu folgen. Vielmehr glaubt es die Lücke durch analoge Anwendung der Vorschriften der §§ 1534, 1506 und 1507 ausfüllen zu müssen. Danach ist für Krankenpflege der wirkliche Aufwand aus den dem Unternehmer als Träger der Unfallfürsorge während der ersten 13 Wochen obliegenden entsprechenden Leistungen zu ersetzen, also aus dem Geldwert seiner Verpflichtung zur Gewährung von ärztlicher Behandlung, Arznei und Heilmitteln. Es ist also festzustellen, was der Unternehmer hätte aufwenden müssen, wenn er diese Leistungen gewährt hätte. Eine Pauschalierung sieht das Gesetz bei diesen Leistungen aus der Unfallversicherung im Gegensatz zu den Leistungen der Krankenversicherung nicht vor. Bei der erforderlichen Schätzung dieses hypothetischen Aufwandes wird man die tatsächlichen Aufwendungen des Ersatzberechtigten zugrunde zu legen haben. Für die Zeit vom 13. Juli bis zum 20. August hat der behandelnde Arzt Dr. Sch. 116 ℳ für 16 Behandlungen, 2 Beratungen und 1 Untersuchung und Begutachtung in Rechnung gestellt. Die Begutachtung wäre für den Unternehmer nicht in Frage gekommen. Jedenfalls hätte er aber für den Zeitraum vom 7. Juli bis 6. August, auf welche der Ersatzanspruch der Berufsgenossenschaft sich erstreckt, mehr als die von der Klägerin unter 1) geforderten 69,75 ℳ für eine sachgemäße Behandlung aufwenden müssen. Da die Klägerin unter 1) nicht mehr fordert, auch keine weitere Leistung als ärztliche Behandlung gewährt hat, so war ihr Anspruch in der geltend gemachten Höhe begründet.

Die Armenanstalt fordert mit ihrer Klage für die Zeit vom 7. bis 30. Mai jedoch nicht nur die Kosten des Notverbandes und des Transports von der Unfallstelle, die auch die Beklagte als Kosten ärztlicher Behandlung und Leistung der Krankenpflege hätte tragen müssen, sondern mit den Krankenhauspflegekosten auch die Kosten des Unterhalts im Krankenhause. Während die Kosten der ärztlichen Behandlung im Krankenhause nebst Medikamenten und Heilmitteln aber nach § 1535 Ziff. 2 voll zu ersetzen sind, will das Gesetz die Unterhaltsleistung besonders behandeln und sie nach § 1535 Ziff. 3 (ebenso wie nach § 1533 Ziff. 3) aus der entsprechenden Barleistung ersetzen. Das ist aber in diesem Falle das Krankengeld, das der Unternehmer in Höhe der Hälfte des Ortslohnes, also mit 2,40 ℳ (während der ersten 5 Wochen) hätte zahlen müssen für jeden Arbeitstag, und der Anspruch ist weiter zu begrenzen nach den §§ 1506, 1507 auf die Hälfte der Krankengeldsumme, die der Unternehmer hätte zahlen müssen für die Zeit vom 7. bis 30. Mai, also für 17 Tage (da die ersten 3 Wartetage und die Sonn- und Feiertage abzurechnen sind) auf 17 . 1,20 = 20,40 ℳ. Nur diese Summe ist also für den Unterhalt im Krankenhause zu berechnen, während die eigentlichen Kurkosten bis zur Höhe des wirklichen Aufwandes nach den Kosten der ärztlichen Behandlung zu berechnen sind, die der Unternehmer in offener Krankenpflege hätte aufwenden müssen. Einen Anhalt für diese Schätzung bieten wieder die Behandlungskosten durch den Arzt der Berufsgenossenschaft, wobei aber zu berücksichtigen ist, daß in der ersten Zeit des Unfalls Kosten für Verbände und Medikamente hinzukamen. Da die Parteien keine Unterlagen für die Schätzung beigebracht haben, auch kaum beibringen können, so muß das Versicherungsamt den vom Unternehmer für Arzt und Apotheke aufzuwendenden Betrag in der Zeit vom 7. bis 30. Mai frei nach der Kostenrechnung des Berufsgenossenschaftsarztes schätzen und gelangt zu einem Betrage von 150 ℳ für zehn Besuche und besondere Hilfeleistungen des Arztes sowie für Arznei und Verbandmittel. Mehr hat der Unternehmer nicht zu ersetzen, als er selbst hätte aufwenden müssen. Die Klägerin zu 2 hat daher zu beanspruchen als Ersatz für die erste ärztliche Hilfe 10 ℳ, für den Transport 15 ℳ, für den Unterhalt im Krankenhause 20,40 ℳ und für die Kurkosten 150 ℳ, zusammen 195,40 ℳ. Für ihren größeren Aufwand infolge der höheren Verpflegungskosten im Krankenhause erhält sie also keinen Ersatz, weil der Unternehmer zur Gewährung von Krankenhauspflege nicht verpflichtet und ihr Ersatzanspruch für die Unterhaltskosten im Krankenhause gesetzlich beschränkt ist. Der Zinsanspruch ist ebenfalls, als aus einem öffentlich-rechtlichen Anspruch abgeleitet, nicht begründet.

Digitized by Google

Bauleiter im Sinne des § 903 RVO.

Urteil des **Reichsgerichts** (6. Zivilsen.) v. 10. Juni 1920.

Die Revision macht dem Berufungsgerichte den Vorwurf, daß es den Inhaber der Beklagten zu Unrecht als Bauleiter angesehen habe. Der Vorwurf ist unbegründet. Das Berufungsgericht geht davon aus, daß Bauleiter derjenige sei, nach dessen Anweisungen die Errichtung eines Bauwerkes erfolge. Mit diesem auch von der Revision als richtig anerkannten Ausgangspunkte befindet es sich im Einklang mit der Rechtsprechung des Reichsgerichts zum Begriffe des Bauleiters im Sinne des § 330 StGB., wonach unter „Bauleiter" derjenige verstanden wird, „nach dessen Anweisungen die Errichtung eines Bauwerkes erfolgt, und der die Ausführung des Bauwerkes als Ganzen unmittelbar und in wesentlichen Beziehungen anordnet" (GoltdArch. 45, 263), „nach dessen selbständig erteilten Anordnungen der Bau tatsächlich zur Entstehung gelangt, dessen geistige Urheberschaft unmittelbar die mechanischen Kräfte für die planmäßige Gestaltung des Baues als eines Ganzen in Bewegung setzt, dessen Intelligenz und Wille die maßgebende Quelle sind für die zu diesem Zweck zu treffenden Anordnungen und Maßregeln, und dem die Bauausführenden als diejenigen gegenüberstehen, welche seiner Intelligenz und seinem Willen folgend das körperliche Bild des Bauwerkes verwirklichen" (GoltdArch. 46, 209). „Jur. Wochenschrift" 1921 S. 34.

D. Zur Militärversorgung.

Zum Vollzuge des Reichsversorgungsgesetzes durch die Krankenkassen.

Erlaß des **Reichsarbeitsministers** v. 30. Dezember 1920*) (V. B. 2944/12. 20).

Nachdem im Reichsgesetzblatt 1920 S. 1907 die Ausführungsbestimmungen vom 16. November 1920 zum Reichsversorgungsgesetz vom 12. Mai 1920 veröffentlicht worden sind, wird das Gesetz jetzt in Vollzug gesetzt.

Die Heilfürsorge, die hiernach für die unter das Gesetz fallenden Personen vorgesehen ist, üben im wesentlichen die Krankenkassen aus.

Wird Heilbehandlung nach dem Reichsversorgungsgesetz notwendig, so wendet sich der Beschädigte

a) wenn er Mitglied einer reichsgesetzlichen Krankenkasse (also einer Orts-, Land-, Betriebs-, Innungs-, Knappschaftskrankenkasse oder Ersatzkasse) ist, an diese,

b) wenn er einer solchen Kasse nicht als Mitglied angehört, an die Allgemeine Ortskrankenkasse oder, wo eine solche nicht besteht, an die Landkrankenkasse seines Wohnsitzes.

Zu a und b: Tritt die Notwendigkeit der Behandlung außerhalb des Ortes ein, an dem der Beschädigte seinen ständigen Wohnsitz hat (z. B. bei Reisen, Urlaub), so ist am Erkrankungsort die Allgemeine Ortskrankenkasse oder, wo eine solche nicht besteht, die Landkrankenkasse in Anspruch zu nehmen.

Die von der Krankenkasse zu gewährende Heilbehandlung umfaßt nach dem Gesetze ärztliche (zahnärztliche) ambulante Behandlung, Versorgung mit Arznei- und anderen Heilmitteln, Heilanstaltpflege und Hauspflege. Dagegen ist die Gewährung von Badekuren (einschl. Heilstättenkuren), von Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, sowie die Lieferung des Führerhundes stets beim zuständigen Versorgungsamt — also nicht bei der Krankenkasse — vom Beschädigten zu beantragen.

Zwischen den Hauptverbänden der Krankenkassen und der Ärzte sind Vereinbarungen für ein einheitliche Durchführung der Behandlung der Beschädigten, die nicht Krankenkassenmitglieder sind, aber der Kasse zur ärztlichen Versorgung überwiesen werden, dem Abschluß nahe.

Soweit während der Heilbehandlung Krankengeld oder Hausgeld zuständig wird, zahlt es in jedem Falle die Krankenkasse — wenn nötig, nach Benehmen mit dem Versorgungsamt.

Reisekosten, die durch eine von der Krankenkasse oder der Versorgungsbehörde gewährte Heilbehandlung verursacht werden, erstattet im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften auf Antrag des Beschädigten das Versorgungsamt.

Als Ausweis der Krankenkasse gegenüber dient künftig der auf Grund des Reichsversorgungsgesetzes zu erteilende Rentenbescheid. Da es bei der großen Anzahl der Beschädigten längere Zeit in Anspruch nehmen wird, bis ihnen der gesetzliche Rentenbescheid zugestellt werden kann, erhalten die Beschädigten vom Versorgungsamt sobald wie möglich einen entsprechenden vorläufigen Ausweis, in dem die anerkannte Dienstbeschädigung und das Dienstbeschädigungsleiden bezeichnet sind. Bis dahin gelten für Beschädigte, die vorläufig noch Rente oder Pension nach früheren Versorgungsgesetzen weiter beziehen, die in ihren Händen befindlichen, zur Zeit gültigen letzten Renten- oder Pensionsbescheide als Ausweis für den Verkehr mit den Krankenkassen.

Vorstehende Ausführungen finden auf dienstbeschädigte ehemalige Mannschaften und auf Offiziere usw. des Beurlaubtenstandes, soweit diese unter das Reichsversorgungsgesetz fallen, ohne weiteres Anwendung. Für ehemalige Offiziere usw. des Frie-

*) Zu vgl. unten „Sprechsaal" S. 175.

Digitized by Google

densstandes kommen sie erst von dem Tage ab in Betracht, an dem sich diese in einem Antrage an das Versorgungsamt für die Wahl der Versorgung nach dem Reichsversorgungsgesetz entschlossen haben.

Kriegsteilnehmer, deren angebliche Dienstbeschädigung vom Versorgungsamt noch nicht anerkannt ist, weil das Rentenverfahren noch schwebt, haben sich zunächst an das Versorgungsamt zu wenden, falls ihr angebliches Dienstbeschädigungsleiden eine Behandlung notwendig macht. Soweit sie in dringenden Fällen unmittelbar die Krankenkasse in Anspruch nehmen, veranlaßt diese beim Versorgungsamt die Prüfung der Frage, ob Heilbehandlung auf Grund des Reichsversorgungsgesetzes gewährt werden kann.

Eine allgemeine Bekanntgabe durch die Presse im Sinne der obigen Ausführungen ist vom Reichsarbeitsministerium veranlaßt; ebenso haben die Hauptverbände der Krankenkassen und der Ärzte entsprechende Mitteilung erhalten. Auf eine Belehrung der Beschädigten bei jeder sich bietenden Gelegenheit müssen auch die Versorgungsdienststellen und Fürsorgestellen schon jetzt hinwirken.

Für die Durchführung der Heilbehandlung werden den Dienststellen demnächst besondere Anweisungen zugehen. In diesen Anweisungen ist auch das Muster der vom Versorgungsamt auszustellenden vorläufigen Ausweise für den Verkehr des Beschädigten mit der Krankenkasse vorgesehen. Da ihre Ausstellung immerhin einige Zeit in Anspruch nehmen wird, ist es notwendig, daß die Versorgungsämter schon jetzt mit den erforderlichen Vorbereitungen beginnen. Diese können sich aber zunächst nur auf die Feststellung beschränken, für welche Beschädigte die Ausfertigung eines vorläufigen Ausweises in Betracht kommt. Dabei ist nach folgenden Richtlinien zu verfahren:

Vorläufige Ausweise sollen nur ausgefertigt werden, wenn die Neu- oder Umanerkennung nach dem Reichsversorgungsgesetz bis zum 1. März 1921 nicht mit Bestimmtheit möglich ist. Soweit hiernach die Ausstellung notwendig wird, sind die Beschädigten in der Reihenfolge mit Ausweisen zu versehen, in der nach der Art ihres Leidens das Behandlungsbedürfnis als dringlich oder mehr oder weniger häufig anzunehmen ist.

Sprechsaal.

Krankengeld nach dem wirklichen Arbeitsverdienst?

Der Verband der Bergarbeiter hat folgende Eingabe an den Reichsarbeitsminister gerichtet:

„Im Auftrage der dem Verbande der Bergarbeiter Deutschlands angehörenden Knappschaftsältesten ersuchen wir den Herrn Reichsarbeitsminister, eine Verordnung zu erlassen, wonach als Grundlohn zur Bemessung der baren Leistungen der Krankenkassen der wirkliche Arbeitsverdienst festgesetzt wird. — Begründung: Die Knappschaftsältesten stehen in regem Verkehr mit den erkrankten Mitgliedern der Knappschaftsvereine und sind zum Teil schon durch ihre Kontrolltätigkeit gezwungen, bei diesen vorzusprechen. Ein trauriges Bild ist es, das diese Vertrauensmänner aufrollen, wenn sie die Notlage in den Familien Erkrankter, besonders der länger Erwerbsunfähigen, schildern. Sorgen um das tägliche Brot lassen diese nicht gesunden und wirken verbitternd und benachteiligend auf ihren Zustand. Während vor dem Kriege der wirkliche Arbeitsverdienst des Versicherten bis zu 6 ℳ Lohnhöhe als Grundlohn festgesetzt werden konnte, dieser demnach dem damals üblichen Lohne ziemlich gleichstand, ist heute eine bedeutende Verschlechterung eingetreten. Die ungeheure Verteuerung der Nahrungs- und Gebrauchsartikel hatte naturnotwendig eine Steigerung der Löhne im Gefolge. So wird heute in den reinen Bergbau-Industrierevieren ein Hauerlohn von 50 ℳ und mehr pro Arbeitstag verdient, und dieser reicht kaum hin, bei der herrschenden Teuerung das Notwendigste zur Fristung des Lebensunterhalts, Bekleidung, Beschuhung usw. anzuschaffen. Zur Bemessung des Krankengeldes kann aber nur der Grundlohn bis zu 30 ℳ festgesetzt werden. Wenn nun 50 ℳ in gesunden Tagen kaum reichen, sich und seine Familie über Wasser zu halten, wie soll es dem Erkrankten dann möglich sein, mit ¾ des Grundlohnes von 30 ℳ auszukommen. Bei den Ersatzmitteln, die den Kranken heute verschrieben werden, müssen sie, um wieder auf die Beine zu kommen, sich kräftigende Substanzen zukaufen. Bei der heutigen Bemessung des Krankengeldes ist das nur möglich, indem sich die Familienmitglieder desto mehr einschränken oder Wechsel auf die Zukunft, d. h. Schulden, gemacht werden. Um bessere Verhältnisse zu schaffen, tut es dringend not, den Grundlohn nach dem wirklichen Arbeitsverdienst zu bemessen."

Hierzu wäre folgendes zu bemerken: Wenn grundsätzlich verlangt wird, daß als Grundlohn zur Bemessung der baren Leistungen der Krankenkassen der wirkliche Arbeitsverdienst festgesetzt wird, so ist das technisch überhaupt undurchführbar. Der § 180 Abs. 4 RVO. läßt heute schon die Heranziehung des wirklichen Arbeitsverdienstes (wenn auch mit einer Höchstgrenze) zu, doch ist eine solche nur bei einer kleinen Zahl von Betriebs- und Knappschaftskassen eingeführt. Wie die Dinge liegen, kann auch das erwähnte Verfahren nur bei Kassen, die von einem Arbeitgeber oder höchstens ganz wenigen unterhalten werden, zur Durchführung kommen. Bei Orts- und Innungskrankenkassen, die mit sehr vielen Arbeitgebern zu tun haben, würde die nötige Beschaffung der Lohnnachweisungen und -Berechnungen usw. die Verwaltungsarbeit unerträglich steigern. Obendrein ist bei der Berechnung des Krankengeldes nach dem wirklichen Arbeitsverdienst dieses vielen Zufälligkeiten und Schwankungen unterworfen.

Wenn die in der Eingabe der Bergarbeiter angeführte Notlage der Krankengeldempfänger behoben werden soll, kann nur das Lohnklassensystem

Digitized by Google

ausgebaut werden, und zwar so, daß gesetzlich für alle Kassen des Reiches einheitlich die gleichen Lohnabstufungen eingeführt werden (die jetzigen Verschiedenheiten bei den einzelnen Kassen haben gar keinen Sinn) und daß die Obergrenze für den anrechenbaren Grundlohn auf einen höheren Betrag (etwa 60 ℳ) hinaufgesetzt wird.

Allerdings haben in den Zeiten der niederen Grundlöhne die Krankenkassen ihre Beiträge erheblich erhöhen müssen (nicht selten auf 7 bis 10 v. H. der Löhne), um die hohen Mehrausgaben infolge der Geldentwertung decken zu können. Wenn diese hohen Beiträge auch bei weiter gesteigerten Grundlöhnen aufrechterhalten werden, so ergeben sich hieraus Wochenbeiträge, die von den Arbeitgebern und Versicherten abzuführen wären, die drückend und unverhältnismäßig höher sind als in Friedenszeiten, als sie nur etwa 2 bis 4 v. H. der Löhne betrugen. Das wäre in den jetzigen Zeiten der wirtschaftlichen Not eine recht unerwünschte Folge. Vielleicht würde eine niedere gesetzliche Höchstgrenze des Beitragssatzes gefunden. Seit nach der allgemeinen Hinaufsetzung des Beitragsfußes die Erhöhung der Grundlöhne durchgeführt worden ist (Gesetz vom 26. April 1920), erzielen die Krankenkassen ganz erhebliche Mehreinnahmen, so daß sich ihre Vermögensbestände inzwischen nicht selten verdoppelt haben. Gewiß können die Krankenkassen das Geld zum Ausbau ihrer Leistungen gebrauchen, doch darf auch die Notlage der Versicherten nicht übersehen werden, die heute für Steuern und die soziale Versicherung schon etwa ein Viertel ihres Verdienstes abtreten müssen.

Bürgermeister Kleeis in Aschersleben.

Zum Vollzuge des Reichsversorgungsgesetzes durch die Krankenkassen

unterbreitet uns ein gelegentlicher Mitarbeiter die folgende Anregung:

Wenn auch inzwischen die Ausführungsbestimmungen zum Reichsversorgungsgesetz vom 12. Mai 1920 (RGBl. S. 989 und 1907)*) erschienen sind, besteht über den Vollzug des Gesetzes, soweit die Krankenkassen in Betracht kommen, sowohl bei diesen noch mehr aber vielleicht bei den Versorgungsämtern noch Unklarheit, die wohl kaum durch die verschiedentlich herausgegebenen „Richtlinien" beseitigt werden können.

Es dürfte deshalb der Vorschlag gerechtfertigt erscheinen, daß die Krankenkassen bei dem für ihren Bezirk zuständigen Versorgungsamt eine gemeinsame Besprechung herbeiführen, um hierbei die grundsätzlichen Fragen einer vorläufigen Lösung zuzuführen. Dies erscheint auch schon deshalb zweckmäßig, weil eine zentrale Regelung der Fragen bei der Verschiedenheit der Verhältnisse nicht durchweg empfehlenswert sein dürfte.

Zunächst werden die Krankenkassen die Krankenordnung zur Feststellung ihrer allenfallsigen Ersatzansprüche durch Einfügung folgender Bestimmung an geeigneter Stelle ergänzen müssen:

„Kassenmitglieder, deren Erkrankung auf eine militärische Dienstbeschädigung zurückzuführen ist, haben dies dem behandelnden Arzt und der Krankenkasse möglichst unter Vorlage des Reichsversorgungsbuches oder eines Ausweises des zuständigen Versorgungsamtes bei Beginn der Behandlung anzuzeigen**)."

Auch wird in den Krankmeldeformblättern die Frage aufzunehmen sein: „Liegt Gesundheitsstörung als Folge einer militärischen Dienstbeschädigung vor?"

Hierdurch wird die Geltendmachung der Ersatzansprüche beim zuständigen Versorgungsamte ermöglicht.

Daß bei Durchführung des Reichsversorgungsgesetzes möglichst einheitliche Formblätter Verwendung finden sollen, wird wohl nur ein frommer Wunsch bleiben; doch sollten in dieser Beziehung die Krankenkassenverbände einmal bahnbrechend vorangehen mit der Herausgabe der erforderlichen Formblätter unter Verwertung der bisher schon erschienenen.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Über die Neugestaltung des Krankenversicherungswesens in der neuen Stadtgemeinde Berlin

haben wir im Jahrg. 1920 S. 313, 633, 704 Äußerungen von verschiedenen Seiten veröffentlicht. Nunmehr hat auch das Versicherungsamt der Stadt Berlin, Abteilung für Krankenversicherung, in einem Rundschreiben an die beteiligten Krankenkassen v. 8. Februar 1921 zu dieser Frage das Wort genommen. Das Schreiben lautet:

Von den in den Verwaltungsbezirken 7 bis 20 der neuen Stadtgemeinde Berlin zur Zeit bestehenden allgemeinen Ortskrankenkassen weisen eine größere Zahl nur eine verhältnismäßig geringe Anzahl von Mitgliedern auf. Ihr bisheriger Wirkungskreis entspricht nicht mehr den durch die Schaffung der Einheitsgemeinde Berlin veränderten wirtschaftlichen Bedingungen. Derartige Kassen können ihrer Natur nach nicht so leistungsfähig sein, wie solche von erheblich größerem Umfange. Wir wollen hier nicht ausführlich die den Kassenvorständen ja bekannten Vorzüge größerer Kassengebilde im einzelnen aufzählen, vielmehr bei ihnen nur kurz auf die Möglichkeit der Schaffung eigener Kliniken sowie sonstiger Heilstätten und ähnlicher umfangreicher für die Gesundung oder Gesunderhaltung der Kassenmitglieder notwendigen und erstrebenswerten Einrichtungen hinweisen. Derartige Einrichtungen und Heilmittel für die kranken- und pflegebedürftigen Kassenmitglieder nutzbar zu machen, erscheint uns aber als ein dringendes Erfordernis, zumal bei den durch den unglücklichen Krieg bedingten schlechten und sich immer noch ungünstiger gestaltenden politischen und wirtschaftlichen Verhältnissen mit dauerndem Rückgange der Gesundheitsverhältnisse leider gerechnet werden muß. Außerdem ist zu erwarten, daß den Kassen in Zukunft noch weitere Aufgaben auf dem Gebiete sozialer Fürsorge bevorstehen werden, deren Erledigung nur von großen und leistungsfähigen Gebilden übernommen werden kann. Im Hinblick hierauf wird erwogen, durch Zusammenlegung kleinerer benachbarter allgemeiner

*) Zu vgl. auch Erlaß des Reichsarbeitsministers v. 30. 12. 20 oben S. 173.

**) Nach dem erwähnten Erlasse dient als Ausweis der Krankenkasse gegenüber der auf Grund des RVG. zu erteilende Rentenbescheid.

Digitized by Google

Orts- und der Landkrankenkassen größere und leistungsfähige neue allgemeine Ortskrankenkassen in erheblich geringerer Anzahl, d. h. etwa sechs für den Bereich der Bezirke 7 bis 20 zu schaffen. Wir gehen dabei von der Voraussetzung aus, daß der durchschnittliche Mitgliederbestand derartiger Kassen, wenn die vorstehend gesteckten Ziele erreicht werden sollen, nicht unter 25 000 bis 40 000 Personen betragen darf. Der örtlichen Verhältnisse wegen erscheint es uns zweckmäßig, diese sechs neuen allgemeinen Ortskrankenkassen so einzuteilen, daß ihre Bezirke kranzförmig die alten Berliner Bezirke 1 bis 6 umschließen. Eine Begrenzung nach den einzelnen Verwaltungsbezirken 7 bis 20 wird nicht überall erforderlich sein. Es können sich vielmehr, je nach Bedarf, die neuen Kassen über mehrere Verwaltungsbezirke erstrecken. So wäre z. B. unseres Erachtens je eine gemeinsame Kasse für die Bezirke 17 und 18 sowie 19 und 20 angemessen. Hinsichtlich der zur Zeit noch bestehenden 3 Landkrankenkassen wäre deren Übergang in die neue zuständige allgemeine Ortskrankenkasse zu erstreben.

Vorstehend geschilderte Absicht der Neuorganisation teilen wir zur Erwägung mit. Gleichzeitig bemerken wir, daß wir es begrüßen würden, wenn zunächst die Kassenvorstände selbst sich untereinander ins Benehmen setzen und zu der Regelung der Frage im Sinne obiger Mitteilung Stellung nehmen würden. Wir legen um so mehr Wert auf die eifrige Mitarbeit der Kassenvertretungen, als bei einer ersprießlichen Durchführung der Neuregelung im Sinne unserer Anregungen die sonst wahrscheinlich notwendig werdende Herbeiführung besonderer gesetzlicher Maßnahmen vermieden werden könnte. Einer entsprechenden Äußerung sehen wir binnen 2 Monaten entgegen.

Grenzen zwischen Kranken- und Krüppelfürsorge.

Unter der Überschrift „Zur Revision des Krankenversicherungsgesetzes" enthält die „Soziale Praxis" vom 16. 2. 21 folgende Bemerkungen des Sanitätsrats Dr. A. Schanz (Dresden):

Unsere gesetzlichen Krankenkassen geben ihren erkrankten Mitgliedern Brillen, Bruchbänder und ähnliche kleinere Heilmittel. Erfordert ein Krankheitsfall irgendeine Vorrichtung, die mehr kostet, z. B. einen orthopädischen Apparat, so gibt die Krankenkasse allenfalls einen den Kosten eines kleinen Heilmittels entsprechenden Zuschuß, darüber hinaus lehnt sie ihre Hilfe ab. Die Lücke, die sich so auftut, kann nach den gesetzlichen Bestimmungen teilweise durch die Landesversicherungsanstalt wieder geschlossen werden. In der Praxis versagt diese Hilfsmöglichkeit so gut wie ganz.

Seit dem Erlaß der Gesetze, die die Krüppelfürsorge zu einer Staatsaufgabe machen, bestehen Bestrebungen, diese Gesetze zur Ausfüllung der Lücke im Krankenkassengesetz zu benutzen, wenigstens so weit als orthopädische Apparate in Frage kommen. Viele Krüppel brauchen orthopädische Apparate. Hier bindet man an. Man erklärt jeden, der einen orthopädischen Apparat braucht, für einen Krüppel oder für von Krüppeltum bedroht, und alles was orthopädische Apparate braucht, ist unter den Hut der Krüppelfürsorge gebracht. Aus zwei Gründen muß gegen diese Hexenmeisterei Verwahrung eingelegt werden, im Interesse der Krüppel und im Interesse der Träger der Krüppelfürsorge. Die Krüppelfürsorgegesetze sind für die Krüppel gemacht. Zieht man in den Kreis dieser Gesetze alle die, welche orthopädische Apparate brauchen — und deren Zahl ist unendlich viel größer als die Zahl der Krüppel —, dann essen den Braten, der für die Krüppel aufgetragen worden ist, Nichtkrüppel. Die Krüppel kommen um die Wohltaten der für sie gemachten Gesetze. Den Trägern der gesetzlichen Krüppelfürsorge ist gesagt worden, daß man ihnen durch die Krüppelfürsorge die Lasten erleichtern wolle, die ihnen Krüppel wegen ihrer Erwerbsunfähigkeit auferlegen. Wenn diese Stellen jetzt auf einmal alle orthopädischen Apparate bezahlen sollen, und wenn sie — das ist eine notwendige Folge — dazu gar noch für alle orthopädischen Kuren auch über die Apparate hinaus herangezogen werden, dann kommen Kostensummen zusammen, die zu den Motivierungen, mit denen man das Gesetz geschaffen hat, passen, wie die Faust aufs Auge. Die Träger der Krüppelfürsorgegesetze werden sehr bald ausrechnen, daß es billiger ist, erwerbsunfähige Krüppel zu erhalten, als solcherart Krüppelhilfe zu treiben. Die Lücke im Krankenkassengesetz darf so hintenherum durch Einschiebung der Krüppelfürsorge als Lückenbüßer keinesfalls geschlossen werden. Geschlossen werden muß sie natürlich. Ein geeigneter Weg wird es sein, wenn man bei der Revision des Krankenkassengesetzes folgende Bestimmungen einfügt:

„Größere Heilmittel, z. B. orthopädische Apparate, werden von den Krankenkassen nur auf besonders vom behandelnden Arzt gestellten und begründeten Antrag geliefert.

Lehnt die Kasse die Lieferung des größeren Heilmittels ab, so steht dem Versicherten Berufung an das Versicherungsamt zu. Der Entscheid der Krankenkasse wie der des Versicherungsamtes hat innerhalb einer Woche nach Eingang des Antrages bzw. der Berufung zu erfolgen. Ist das Krankenkassenmitglied bei der Landesversicherungsanstalt oder bei der Reichsversicherungsanstalt versichert, so haben diese Anstalten der Kasse einen Teil des Betrages zurückzuerstatten. Verhandlungen zwischen den Versicherungsträgern dürfen die Lieferung des als notwendig anerkannten größeren Heilmittels nicht verzögern."

Setzt man diese Bestimmungen ein, so erhält der Versicherte im Krankheitsfalle Hilfe so, wie sie ihm bei der Schaffung des Gesetzes zugedacht war. Mißbrauch wird verhütet dadurch, daß größere Heilmittel nicht verschrieben werden können wie eine billige Medizin. Was für das einzelne größere Heilmittel ausgegeben wird, das kommt durch die bessere Behandlung des Kranken an anderer Stelle wieder ein. Zum Schluß sei noch darauf hingewiesen, daß die Krankenkassen sehr große Ersparnisse machen könnten, ohne den Sinn des Gesetzes zu verletzen, wenn man von den Versicherten die kleinen und kleinsten Heilmittel, die jeder ohne Not sich selber kaufen kann, auch selber kaufen ließe. — —

Der beregte Mißstand mag der Abhilfe bedürftig sein, aber der hier gewiesene Weg der Abhilfe ist gesetzestechnisch keineswegs einwandfrei. Übersehen ist dabei übrigens, daß die Krankenkassen schon jetzt in gewissen Grenzen Krüppelfürsorge übernehmen können (zu vgl. unsere Bemerkung zum preuß. Ges. v. 6. 5. 20 im Jahrg. 1920 S. 417). Der Vorschlag kommt im Grunde darauf hinaus, diese Leistung (§ 187 Ziff. 3 RVO.) zu einer Pflichtleistung auszugestalten.

Digitized by Google

Beantwortung von Anfragen.

Rechtsauskünfte aus unserem Arbeitsgebiet erteilen wir den Beziehern unserer Zeitschrift bereitwillig, ohne indessen eine Verpflichtung oder eine zivilrechtliche Haftung zu übernehmen. Für schriftliche Auskunft wird Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten, und zwar auch dann, wenn nur Bescheid durch die Zeitschrift erbeten, die Sache aber zur Veröffentlichung an dieser Stelle nach unserem Ermessen nicht geeignet ist.

Lösung des versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses bei Streik?

1. **Nach Stolp (Pom.).** Antwort: Wir teilen durchaus Ihre Ansicht, daß die Frage wichtig genug ist, um in der ArbVers. besprochen zu werden. Dies ist aber oft genug geschehen. Wir können uns begnügen, Sie auf die Ausführungen im Jahrg. 1920 S. 499 Ziff. 7, 532, 566, 639 Ziff. 9, 659 Ziff. 16 hinzuweisen.

Einwendungen gegen ein Ersuchen um Beitreibung von Beitragsrückständen.

2. **Nach Dessau.** Antwort: Nach § 28 Abs. 1 RVO. werden rückständige Kassenbeiträge wie Gemeindeabgaben beigetrieben. Der Kassenvorstand hat die nach Landesrecht zuständige Stelle um die Beitreibung zu ersuchen und hierbei die erforderlichen Angaben zur bestimmten Kennzeichnung des Schuldners und des Anspruchs nach Betrag und Grund zu machen. Diese Angaben, für deren Richtigkeit der Kassenvorstand verantwortlich ist, bilden den vollstreckbaren Titel, auf Grund dessen die ersuchte Behörde, ohne Nachprüfung der Rechtmäßigkeit des Anspruchs, dem Beitreibungsersuchen stattzugeben hat (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 3a zu § 28 RVO. und die dort nachgewiesenen Belegstellen; auch § 115 RVO. und Anm. 3). Die ersuchte Behörde darf also das Ersuchen nicht deshalb ablehnen, weil der Versicherte rechtzeitig einen Antrag auf Ruhen seiner Rechte und Pflichten nach §§ 517 ff. RVO. gestellt habe; denn hierüber ist im Streitfalle nicht von der ersuchten Behörde, sondern gemäß § 405 Abs. 2 RVO. zu entscheiden.

a) **Grundlohn für freiwillig Beitretende.** b) **Versagung des Versorgungskrankengeldes mangels Einkommensminderung.** c) **Zuständigkeit der Versicherungsbehörden bei Streit über Versorgungskrankengeld.**

3. **Nach Stargard (Pom.).** Antwort: a) An der Auskunft im Heft 5 S. 99 Ziff. 4 wird nichts zu ändern gefunden. Ihre Satzung enthält im § 20 unter VI nichts, was damit im Widerspruch stände. Denn dort ist nicht, wie Sie annehmen, bestimmt, daß für freiwillig Beitretende schlechthin der Grundlohn 6 ℳ nicht übersteigen darf, sondern dies gilt, wie sich aus Abs. 1 der Ziff. VI klar ergibt, nur für solche freiwillig Beitretenden, für die sich nach den vorhergehenden Bestimmungen ein Grundlohn nicht ermitteln läßt. Dies entspricht dem § 180 Abs. 5 RVO.

b) Ein Anspruch auf Versorgungskrankengeld besteht nach § 12 Abs. 2 Satz 2 RVG. nicht, wenn das Einkommen des Beschädigten durch die Erkrankung nicht gemindert ist. Ein solcher Fall liegt auch dann vor, wenn der Beschädigte im Zeitpunkt der Erkrankung, die ihn arbeitsunfähig macht, ohnehin kein Einkommen hatte. Ist also im vorliegenden Falle der frühere Lehrer nach seiner Entlassung aus dem Heeresdienst im Hinblick auf seinen Gesundheitszustand nicht wieder eingestellt worden, obwohl Arbeitsunfähigkeit damals nicht vorlag, und ist er daher bereits vor der jetzigen Erkrankung ohne Einkommen gewesen, so kann man nicht sagen, daß sein Einkommen durch diese Erkrankung gemindert (oder weggefallen) sei. Er hat also keinen Anspruch auf Krankengeld.

c) Die Vorschrift in § 8 Abs. 5 RVG. bezieht sich allerdings nur auf Streitigkeiten über Umfang und Art der Heilbehandlung. Aber für Streit über den Anspruch auf Krankengeld ergibt sich gleichfalls die Zuständigkeit der Versicherungsbehörden im Spruchverfahren daraus, daß das Krankengeld in gleicher Weise für Versicherte und Nichtversicherte von den Krankenkassen festzustellen und zur Zahlung anzuweisen ist (Ausf. Best. zu § 67 RVG.; §§ 1545, 1636 RVO.).

Familienhilfe im Auslande.

4. **Nach Augsburg.** Frage: Ein Mitglied unserer Kasse, von Beruf Monteur, hatte in Wien eine Montierung auszuführen. Aus unbekannten Gründen ließ er seine Frau nach Wien kommen. Sie erkrankte dort und mußte sich einer Halsoperation unterziehen. Die Kosten belaufen sich auf 6300 Kr. Nach unserer Satzung können wir Übernahme dieser Kosten ablehnen, denn es heißt dort: „Die Kasse gewährt . . . . . Krankenpflege auf die Höchstdauer von 26 Wochen an nicht versicherte in häuslicher Gemeinschaft mit dem Versicherten lebende und in ihrem Unterhalt ganz oder größtenteils auf den Arbeitsverdienst des Versicherten angewiesenen Ehegatten. Die Krankenpflege erstreckt sich auf freie ärztliche Behandlung durch einen der von der Kasse aufgestellten Ärzte."

Nachdem aber ein Kassenarzt in diesem Falle nicht zugezogen werden konnte, anderseits der Aufenthalt der Frau in Wien aus eigenem Entschluß des Kassenmitgliedes erfolgte, erscheint es uns zweifelhaft, ob wir an der Bestimmung der Satzung in diesem Falle festzuhalten berechtigt sind. Es wäre vielleicht angängig, daß die Kasse von den erwachsenen Kosten nur den Teil übernimmt, der erwachsen wäre, wenn die Operation durch den hiesigen Kassenarzt ausgeführt worden wäre. — In einem ähnlich gelagerten Falle hat das betreffende Kassenmitglied seinen Urlaub mit Frau und Kind auswärts verbracht, das Kind erkrankte und mußte ärztliche Hilfe im Aufenthaltsort in Anspruch nehmen; da es sich in diesem Falle nur um eine geringe Summe handelte, wurde dieselbe auf die Kasse übernommen. Wir bitten um Äußerung.

Antwort: Es handelt sich in erster Linie um die Frage, ob der im Auslande belegene Ort überhaupt als Erfüllungsort für die Kasse gelten kann. Diese Frage ist hinsichtlich der Familienhilfe entsprechend wie hinsichtlich der sonstigen Leistungspflicht der Kasse zu beurteilen (zu vgl. ArbVers. 1917 S. 143 Ziff. 6). Die Kasse hat die Krankenpflege am Beschäftigungsorte des Versicherten zu gewähren (Hahn, Anm. 10a zu § 182 RVO.), auch wenn er im Auslande liegt (zu vgl. § 221 RVO.). Sie muß daher auch die Familienhilfe dort gewähren, wenn

Digitized by Google

der Versicherte vorübergehend im Auslande beschäftigt ist und dort mit dem bezugsberechtigten Familienmitgliede lebt; und da die Kasse dort naturgemäß keine Kassenärzte zur Verfügung hat, muß sie, sofern es sich um einen dringenden Fall handelte und eine absichtliche Umgehung des Kassenarztes nicht vorlag, auch die durch Heranziehung des fremden Arztes entstandenen Kosten tragen (zu vgl. Entsch. des RVA. in ArbVers. 1916 S. 728).

Verabfolgung eines Heilmittels (Aspirinersatz) durch die Kasse ohne vorgängige Anordnung des Arztes.

5. **Nach Freising.** Antwort: Wenn die Krankenkasse dem erkrankten Versicherten ein dem freien Verkehr überlassenes Heilmittel bewilligt und ihn, ohne Anordnung des Arztes, schriftlich zum Bezuge des Mittels — sei es aus der Apotheke oder aus einer Drogerie usw. — ermächtigt, so kann dies Verfahren nicht schlechthin als unzulässige selbständige „Behandlung" von Kassenkranken bezeichnet und von den Kassenärzten beanstandet werden. Es gibt zahlreiche einfache Heilmittel, deren Anwendung auch ohne vorherige Befragung und Anordnung des Arztes in Fällen leichter Erkrankung ganz unbedenklich und üblich ist. Dazu gehören nicht nur die sogenannten Hausmittel im engsten Sinne, sondern auch mancherlei Drogen, die in den Hausapotheken bereitgehalten und zur Behebung von Unpäßlichkeiten, insbesondere zur Linderung vorübergehender Schmerzen verwendet zu werden pflegen, ohne daß dieserhalb erst der Arzt bemüht würde. Wenn der Haushaltungsvorstand unbedenklich so im Falle leichter Erkrankung eines Hausstandsmitgliedes verfährt, so ist nicht einzusehen, weshalb der Kasse ein gleiches Verfahren gegenüber erkrankten Mitgliedern auf ihr Ansuchen oder mit ihrer Zustimmung verwehrt sein sollte. Wir möchten daher auch die im vorliegenden Fall in Frage stehende Verabfolgung geringer Mengen von Aspirinersatztabletten durch die Kasse nicht für unzulässig erachten. Keinesfalls steht den Ärzten auf Grund ihres Vertrages mit der Kasse ein Einspruchsrecht zu. Meinen sie, daß die Kasse unstatthaft Kurpfuscherei treibe, so können sie den Fall freilich zur Kenntnis des Versicherungsamts bringen; dieses wird aber nur einschreiten können, wenn die Voraussetzungen dafür nach §§ 30, 31 RVO. gegeben sind.

Behandlung eines „Pensionsfonds" für Kassenangestellte in der Vermögensnachweisung.

6. **Nach J.** Frage: Auf Beschluß der Kassenorgane wird den Kassenangestellten Ruhegehalt und Hinterbliebenenversorgung gewährt. Zu diesem Zwecke ist ein Pensionsfonds errichtet und als Grundstock ein Betrag von 150 000 ℳ aus den laufenden Einnahmen entnommen worden. Bei Aufstellung des Rechnungsabschlusses bestehen nun Zweifel darüber, unter welcher Position der Vermögensnachweisung dieser Pensionsfonds nachzuweisen ist. Während das Versicherungsamt der Ansicht ist, daß der Fonds unter I A Ziff. 4 nachzuweisen und hierfür eine besondere Position als Ziff. 4a einzuschalten ist, vertreten wir den Standpunkt, daß der Pensionsfonds als Sondervermögen zu betrachten und im Abschnitt IIa der Vermögensnachweisung nachzuweisen ist.

Antwort: Von einem Sondervermögen, wie etwa in den Fällen der §§ 294, 295 RVO., kann nicht die Rede sein. Die Ruhegehalts- und Hinterbliebenenversorgungsansprüche der Angestellten sind Teile ihrer Besoldung, also Verwaltungskosten, zu deren Bestreitung die Kasse Mittel bereitzuhalten hat. Die Einrichtung eines besonderen Pensionsfonds hat nur rechnungs- und buchmäßige Bedeutung. Er ist mit den anderen zur Bestreitung laufender Ausgaben bestimmten Mitteln der Kasse ungesondert in die Vermögensnachweisung einzustellen, und zwar unter I A 4, wenn er bei einer Bank oder Sparkasse usw. als Guthaben angelegt ist.

Zur Leistungspflicht der Krankenkasse bei Erkrankung im Auslande.

7. **Nach D.** Antwort: Solange der im Ausland erkrankte Versicherte nicht ins Inland zurückkehren kann, erhält er die Kassenleistungen vom Arbeitgeber (§ 221 Satz 1 RVO.) und von der Kasse nur dann, wenn sie — was in ihrem Ermessen steht — die Fürsorge selbst übernimmt (Satz 2 a. a. O.; zu vgl. ArbVers. 1920 Heft 4 S. 77 Ziff. 2). Hat die Kasse nicht die Fürsorge selbst übernommen, so hat sie überhaupt keine Leistungspflicht gegenüber dem Versicherten, sondern nur die im § 222 näher bestimmte Pflicht, dem Arbeitgeber die Kosten zu erstatten, wobei ⅝ des Grundlohns als Ersatz der Kosten für Krankenpflege, also für ärztliche Behandlung und Heilmittel gelten. Für diese Ersatzleistung kommt der Valutaunterschied selbstverständlich nicht in Betracht, da die Zahlung an den Arbeitgeber nicht im Auslande, sondern an der Kassenstelle in deutschem Gelde zu erfolgen hat (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 10c zu § 182 RVO.). Dasselbe gilt für den Fall, daß die Kasse das Krankengeld on den arbeitsunfähigen Versicherten unmittelbar durch Übersendung ins Ausland zahlt. Denn die Übersendung erfolgt auf Gefahr und Kosten des Empfängers. An der hier dargelegten Rechtslage ändert sich auch nichts, wenn der an Typhus erkrankte Versicherte in ein Krankenhaus gebracht werden mußte. Die Kasse hat für die nicht von ihr veranlaßte Krankenhauspflege (§ 184 RVO.) nicht einzustehen, sondern auch in diesem Falle hat sie dem Arbeitgeber nur den Betrag der Leistungen aus § 182 RVO., also der Krankenpflege und des Krankengeldes zu erstatten, wobei für die Krankenpflege lediglich ⅝ des Grundlohns anzusetzen sind.

Anspruch der Krankenkasse auf Ersatz des Hausgeldes auf Grund des Militärversorgungsgesetzes?

8. **Nach Mülheim (Ruhr).** Frage: Nach § 13 RVG. (Reichsversorgungsgesetz) vom 12. 5. 1920 haben Beschädigte während der Heilanstaltspflege, sofern sie den Unterhalt von Angehörigen bestritten haben, Anspruch auf Hausgeld in Höhe von zwei Dritteln der Vollrente. Dieses Hausgeld kann beispielsweise betragen: bei erhöhter Ausgleichszulage und acht Kindern in Ortsklasse A 34,03 ℳ pro Tag laut Berechnung in den Rententafeln des Reichsarbeitsministeriums. Die Krankenhauspflegekosten betragen in der hiesigen Gegend durchschnittlich 25 ℳ pro Tag, so daß für den Beschädigten insgesamt 59,03 ℳ täglich aufzuwenden wären. Wir bitten um Auskunft, welche Beträge die Krankenkasse erstattet erhält, wenn es sich um einen bei ihr versicherten Beschädigten handelt, der Anspruch auf Krankenhilfe nach § 182 RVO. hat. Aus § 14 RVG. geht hervor, daß die Krankenkasse für versicherte Personen bei Heilanstaltspflege drei Viertel des Krankengeldes, das bei uns in der höchsten Lohnstufe 14 ℳ täglich beträgt, erstattet erhält.

Digitized by Google

Dies würde also 10,50 ℳ ausmachen bei einem Gesamtaufwand von 59,03 ℳ täglich. Wer ersetzt nun das oben angegebene Hausgeld mit 34,03 ℳ täglich?

Antwort: Bei Heilanstaltspflege — so sagt § 14 — beträgt der Ersatz ¾ des satzungsmäßigen Krankengeldes. „Daneben wird der Aufwand für kleinere Heilmittel ersetzt." Daraus folgt, daß, abgesehen von diesem Aufwande für kleinere Heilmittel, jene ¾ des Krankengeldes den gesamten Ersatz darstellen, auf den die Kasse im Falle der Heilanstaltspflege Anspruch hat, daß ihr also das Hausgeld nicht noch besonders zu erstatten ist. Wenn das in dem der Anfrage zugrunde liegenden Falle besonders hart erscheinen mag, so ist anderseits zu beachten, daß Hausgeld nur gewährt wird, soweit das Einkommen des Beschädigten durch die Krankheit gemindert ist und daß die Kasse auf das Hausgeld aus dem Versorgungsgesetze das auf Grund der RVO. gewährte Hausgeld oder Krankengeld anrechnen kann (§ 13). Es handelt sich ja doch im § 14 um den Fall, daß die Kasse nicht nur nach dem Versorgungsgesetze, sondern auch aus eigener Pflicht Leistungen zu gewähren hat, so daß der Gesetzgeber es nicht für unbillig erachtet hat, sie mit einem Teile der entstehenden Kosten zu belasten.

Krankheit trotz fehlender Beschwerden.

9. **Nach Tübingen.** Frage: Eine Versicherte, die seit 1. 4. 19 bei unserer Kasse versichert ist, trat am 1. 10. 20 aus ihrer Stelle aus. Am 2. 10. ging sie in die Universitäts-Frauenklinik, wo sie gegen leichtere Dienstleistungen in klinischem Interesse bis zu ihrer am 12. 10. 20 erfolgten normal verlaufenen Entbindung unentgeltlich Aufnahme fand. (Es werden von der Klinik immer wieder von Zeit zu Zeit, je nach Bedürfnis, ihrer Entbindung entgegensehende Personen in der Frauenklinik unentgeltlich aufgenommen; sie haben aber dafür leichtere Dienste zu versehen. Diese Personen werden aber, weil ein versicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis nicht besteht, auch nicht zur Krankenversicherung herangezogen.)

Am 2. 11. 20 erhielt die Kasse von der Frauenklinik die Mitteilung, daß das Mitglied am 1. 11. 20, also einen Monat nach ihrem Austritt in die Klinik aufgenommen worden sei. Sie sei in klinischem Interesse am 2. 10. 20 in die Klinik eingetreten gegen kleinere Dienstleistungen. Am 12. 10. hat sie entbunden und seit 1. 11. sei sie an Unterleibsentzündung erkrankt. — Hierauf hat die Kasse eine Verpflichtung abgelehnt, da die Erkrankung 29 Tage nach dem Austritt aus der Kasse begonnen habe, § 214 RVO. also nicht in Frage komme. Am 23. 12. schreibt aber die Klinik, daß bei der N. N. erstmals am 2. 10. 20 Gonokokken gefunden worden seien. Die N. N. selbst hat diesseits angegeben, daß sie bei der Klinik angefragt habe, wann sie kommen dürfe, bis zum Eintritt in der Klinik bzw. bis zu ihrer Erkrankung am 1. November habe sie keinerlei Beschwerden gehabt, die Arbeitsfähigkeit bestand also bis zur Entbindung, diese verlief normal und erst am 1. November trat infolge Unterleibsentzündung Arbeitsunfähigkeit ein. Die Landesversicherungsanstalt Württemberg, welche in solchen Fällen auf Grund Vertrags die Verpflegung derartiger Kranker zu übernehmen hat, erklärt nun, daß durch das Feststellen von Gonokokken das Mitglied schon zur Zeit des Austritts aus ihrer Stelle krank und erwerbsunfähig im Sinne der RVO. gewesen sei und daher § 311 RVO. Platz greife. Die Versicherte gibt aber an, daß sie keinerlei Beschwerden gehabt habe, sie wurde eben von ihrer Herrschaft auf 1. Oktober wegen ihrer bevorstehenden Entbindung entlassen. Trifft für diesen Fall § 214 RVO. zu?

Antwort: Eine Frauensperson, bei der zehn Tage vor ihrer Entbindung Gonokokken (Tripperpilze) festgestellt worden sind, ist unbedingt der ärztlichen Behandlung bedürftig, also, auch wenn sie selbst keine Beschwerden empfindet und nicht arbeitsunfähig ist, als krank im versicherungsrechtlichen Sinne anzusehen. Sehr wahrscheinlich hat diese Krankheit schon bei bestehender Mitgliedschaft (vor dem 1. 10. 20) bestanden; spätestens aber ist der Versicherungsfall am 2. 10. 20, also innerhalb drei Wochen nach dem Ausscheiden aus der Kasse eingetreten, so daß die Versicherte mindestens auf Grund des § 214 RVO. Anspruch auf die Krankenhilfe der Kasse hat.

Einfluß einer Lohnerhöhung auf Beiträge und Leistungen der Kassen.

10. **Nach Dortmund.** Frage: Nach der Auskunft in Nr. 2 S. 39 Ziff. 9 ändert sich, wie auch im § 318 RVO. angegeben ist, bei Lohnänderungen die Lohnstufe „mit der nächsten Beitragszahlung". Wie ist dieser Ausdruck zu verstehen? Hier haben wir z. B. folgenden Fall: Nach dem neuen Lohntarif zwischen den Posthelfern und dem Reichspostministerium vom 10. 12. 20, hier erschienen 25. 12. 20, treten rückwirkend vom 1. 10. 20 ab für die Helfer bedeutend erhöhte Löhne ein, so daß fast sämtliche Mitglieder in eine höhere Lohnstufe gekommen sind. Die nächste Lohnzahlung nach Bekanntwerden des Lohntarifs war am 31. 12. 20. Treten die Mitglieder jetzt ab 1. 12. 20 oder ab 1. 1. 21 in die erhöhte Lohnstufe? — Hat ein am 31. 12. 20 erkranktes Mitglied Anspruch auf Krankengeld nach der alten oder neuen Lohnstufe?

Antwort: Nicht auf die nächste Lohnzahlung, sondern auf die nächste Beitragszahlung nach dem Bekanntwerden des Lohntarifs kommt es nach § 318 Abs. 3 RVO. an. Gemeint ist der nächste satzungsmäßige Zahltag für die Beiträge. Erst von diesem Tage an ändert sich die Lohnstufe. Ein vor diesem Tage erkranktes Mitglied erhält das Krankengeld nach dem damaligen, nicht nach dem neuen Grundlohn (§ 211).

Rechtsnachteile für den Versicherten bei eigenmächtigem Wechsel des Kassenarztes und bei Zuwiderhandlungen gegen die Krankenordnung.

11. **Nach Hammelburg.** Antwort: a) Nach Ihrer Satzung und der Krankenordnung steht den Versicherten die Wahl unter den für die Ortschaft bestellten Kassenärzten frei; doch dürfen sie während derselben Krankheit den Arzt nur mit vorgängiger Zustimmung der Kasse wechseln. Wenn dementgegen der Versicherte den Kassenarzt eigenmächtig wechselt, so gilt für ihn der andere Arzt nicht als Kassenarzt, und die Kasse kann daher, wenn nicht ein dringender Grund für den eigenmächtigen Wechsel vorlag, die Bezahlung der Kosten des anderen Arztes nach § 368 RVO. ablehnen sowie eine Strafe aus § 529 RVO. verhängen, nicht aber die Bezahlung des Krankengeldes versagen.

b) Wenn der Versicherte vom Kassenarzt für arbeitsunfähig erklärt war, so rechtfertigt der Umstand, daß er 12 Tage nach der Operation an einem Tanzvergnügen teilnahm und daß er wiederholt mit

Digitized by Google

dem Rade ausgefahren war, obwohl ihm der Ausgang untersagt war, nicht ohne weiteres die Annahme, daß seine Arbeitsfähigkeit wiederhergestellt gewesen sei. Denn arbeitsunfähig im Sinne des § 182 Ziff. 2 RVO. ist, wer ohne Gefahr der Verschlimmerung der Krankheit seiner Berufstätigkeit nicht nachgehen kann. Konnte nun der Versicherte in der bezeichneten Art seinem Vergnügen nachgehen, so legt sein Verhalten allerdings die Annahme nahe, daß er auch ohne Gefahr der Verschlimmerung seines Zustandes seine Berufstätigkeit hätte ausüben können; aber zwingend ist der Schluß nicht, und es wird sich daher zunächst der Arzt über diesen Punkt zu äußern haben. Das Krankengeld wird nur versagt werden können, wenn der Arzt feststellt, daß Arbeitsunfähigkeit im bezeichneten Sinne nicht mehr bestanden hat. Eine Strafe aus § 529 RVO. wegen Übertretung der Krankenordnung und der Anordnung des Arztes hat der Versicherte in jedem Falle verwirkt.

Anspruch des Magistrats, der das Begräbnis besorgt hat, auf Sterbegeld.

12. **Nach Eckernförde.** Antwort: Wenn der Magistrat das Begräbnis des Versicherten besorgt hat, so hat er unter allen Umständen Anspruch auf Bezahlung der Kosten aus dem Sterbegelde. Hat er in Ausübung der Armenpflege gehandelt, so folgt sein Anspruch aus §§ 1531, 1533 Ziff. 1 RVO. Lag aber ein solcher Fall nicht vor, weil, wie Sie anscheinend annehmen, der Nachlaß zur Bestreitung der Begräbniskosten ausreichte und deshalb Hilfsbedürftigkeit nicht begründet war, so ergibt sich der Anspruch des Magistrats aus § 203 RVO. — Der Nachlaß fällt, wenn weder ein Ehegatte noch ein Verwandter des Verstorbenen vorhanden ist, an den Staatsfiskus (§ 1936 BGB.); die Kasse hat in keinem Falle Anspruch auf den Nachlaß.

Sterbegeld als Familienhilfe ist auf Ehegatten und Kinder beschränkt.

13. **Nach Hagen.** Antwort: Nur solche Mehrleistungen der Kassen sind zulässig, die im zweiten Buche der RVO. vorgesehen sind (§ 179 Abs. 3 RVO.). Nach § 205 Ziff. 3 RVO. kann die Satzung als Familienhilfe ein Sterbegeld nur zubilligen beim Tode des Ehegatten oder eines Kindes des Versicherten, also nicht auch beim Tode anderer Familienangehöriger. Eine Satzungsbestimmung, wonach Sterbegeld auch beim Tode von Eltern usw. gewährt wird, ist nichtig, auch wenn sie vom Oberversicherungsamt genehmigt sein sollte.

a) **Zuständigkeit für Streit über Rückzahlung von Kassenbeiträgen.** b) **Versagung oder Kürzung des Krankengeldes nach § 192 RVO.**

14. **Nach Guben.** Antwort: a) Ausdrücklich überweist § 405 Abs. 2 RVO. auch solche Streitigkeiten dem Versicherungsamt, die zwischen einem Arbeitgeber und einer Kasse entstehen über die Verpflichtung, Beiträge zurückzuzahlen. „Das betrifft vor allem den Fall, daß Beiträge erhoben wurden, obwohl ein Versicherungsverhältnis überhaupt nicht bestand ..." (Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 2b zu § 405). Weshalb gegenüber dieser klaren Vorschrift die Zuständigkeit der ordentlichen Gerichte für die Streitentscheidung begründet sein sollte, können wir nicht erkennen.

b) Wenn der Versicherte bei einem nicht gegen die Kasse gerichteten Diebstahlsversuch auf der Flucht von dem Wächter angeschossen worden ist, so liegt keiner der im § 192 RVO. bezeichneten Gründe zur Versagung oder Kürzung des Krankengeldes vor.

Werksarbeiter, die mit Überwachungsdienst betraut sind, sind nicht Angestellte in gehobener Stellung.

15. **Nach Spandau.** Antwort: Die aus der Zahl der Werksarbeiter entnommenen „Überwachungsbeamten", die im Interesse der Sicherung gegen Diebstähle lediglich Rundgänge im Betriebe vornehmen und bei Schluß des Betriebes eine Torkontrolle sämtlicher Arbeitnehmer ausüben, sind trotz ihrer Bezeichnung als „Überwachungsbeamte" weder Betriebsbeamte noch Werkmeister noch andere Angestellte in ähnlich gehobener Stellung im Sinne des § 165 Abs. 1 Ziff. 2 RVO. Denn sie üben eine Aufsicht weder über den eigentlichen Betrieb noch über die anderen Arbeitnehmer in bezug auf deren Betriebstätigkeit aus, sondern stehen dem Betrieb und den anderen Arbeitnehmern nicht anders gegenüber, als Fabrikwächter, die nicht aus den Werksarbeitern entnommen sind. Sie nehmen zwar, wie diese, eine Vertrauensstellung ein, aber die Art ihrer Tätigkeit erhebt sie in keiner Weise über andere „Gehilfen". Als solche sind sie nach § 165 Abs. 1 Ziff. 1 und Abs. 2 RVO. versicherungspflichtig, ohne Rücksicht auf die Höhe ihres Jahresarbeitsverdienstes.

Anspruch auf Familienhilfe neben dem Anspruch aus eigener Versicherung.

16. **Nach Piesteritz.** Frage: a) Eine Versicherte tritt infolge Verheiratung aus der Kasse aus und erkrankt innerhalb der ersten drei Wochen. Tritt sie in den Genuß der Kassenleistungen als Mitglied oder hat sie nur Anspruch auf die Familienhilfe der Krankenkasse des Ehegatten?

b) Eine Versicherte ist krank, verheiratet sich während ihrer Krankheit mit einem bei derselben Kasse versicherten Manne und tritt dadurch aus der Kassenpflicht aus. Sind ihr weiter die Leistungen als Mitglied zu geben oder ist vom Tage ihres Austritts nur die Familienhilfe zu gewähren?

Antwort: a) Falls die Voraussetzungen des § 214 RVO. gegeben sind, behält die Versicherte den Anspruch auf die Regelleistungen. Trotzdem ist sie „versicherungsfrei" im Sinne des § 205 RVO., weil sie nicht mehr versicherungspflichtig ist (vgl. Entsch. des RVA. hier, Heft 5 S. 90). Daher hat zugleich ihr Ehemann Anspruch auf die Leistungen seiner Kasse an Familienhilfe, d. i. Krankenpflege (§ 205 Ziff. 1). Dieser Anspruch kann neben dem aus § 214 von Wert sein, z. B. weil der Arzt der Kasse des Ehemanns vorgezogen wird, oder Krankenpflege über die Dauer der Regelleistungen hinaus gewährt wird usw.

b) In diesem Falle bleibt gleichfalls der auf der eigenen Versicherung beruhende Anspruch über das Ende der Pflichtmitgliedschaft hinaus bestehen, und es können außerdem die Vorteile, die sich aus dem Anspruch des Ehemanns auf Familienhilfe gegen dieselbe Kasse ergeben, ergänzend herangezogen werden.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitt, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

Heft 1312 der ganzen Folge.

38. Jahrgang | **1. April 1921** | **Heft 10**

Fürsorge der Berufsgenossenschaften für Schwerunfallverletzte.

Von Th. Könen in Köln a. Rh.

Grundsätzlich kann eine Rente nur beansprucht werden für die Einbuße an Erwerbsfähigkeit, also für die Einbuße an Fähigkeit, Arbeiten von wirtschaftlichem Werte zu leisten. Da es aber für die Verletzten oft sehr schwer ist, nach Beendigung des Heilverfahrens eine passende Arbeitsstelle zu finden und sich in eine regelmäßige neue Arbeit einzugewöhnen, gibt der § 562 der RVO., welcher lautet:

„Solange der Verletzte infolge des Unfalles unverschuldet arbeitslos ist, kann die Genossenschaft auf Zeit die Teilrente bis zur Vollrente erhöhen",

die Möglichkeit, den Verletzten bis zum Auffinden neuer Arbeit, für den Mangel einer Erwerbsgelegenheit, die durch den Unfall verschuldet ist, schadlos zu halten. Der Unfall muß allerdings die Ursache der Arbeitslosigkeit sein. Die Arbeitslosigkeit, welche in der Hauptsache mit der Lage des Arbeitsmarktes zusammenhängt, gestattet eine Erhöhung der Rente nicht. „Auf Zeit" bedeutet, daß die Erhöhung der Rente auf unbestimmte Dauer, „bis auf weiteres" nicht statthaft ist. Eine wiederholte Erhöhung der Rente auf Zeit ist dagegen beim Fortbestehen der gesetzlichen Voraussetzungen nicht ausgeschlossen. Dem Verletzten steht ein Rechtsanspruch auf Erhöhung der Rente wegen unverschuldeter Arbeitslosigkeit allerdings nicht zu; die Erhöhung ist lediglich in das freie Ermessen des Versicherungsträgers gestellt und dem Verletzten durch einen formlosen Bescheid zu bewilligen.

Schon hieraus in Verbindung mit dem § 843 Abs. 3 RVO., welcher darauf hinweist, daß die Genossenschaften die Beschaffung von Arbeitsgelegenheit für Unfallverletzte gar selbst einrichten können, ergibt sich neben dem hohen volkswirtschaftlichen Interesse der Verminderung der Arbeitslosenzahl, ohne weiteres auch das materielle für die Träger der Unfallversicherung, daß auch sie (wenn vorher hinsichtlich des Heilverfahrens, guter Stumpfbildung, der Anschaffung von geeigneten Prothesen, die nicht nur äußeren, sondern auch praktischen Zwecken zu dienen geeignet sind, alles Nötige geschehen ist, um die Leistungsfähigkeit von Schwerverletzten soweit als möglich zu heben) sich hauptsächlich um deren Wiedereinführung in das praktische Berufsleben rechtzeitig zu kümmern, also sich selbst auch um die Arbeitsvermittlung in den Fällen eifrig mitzubemühen haben, in denen der Unfallverletzte aus eigener Kraft keine Arbeit oder keine geeignete Arbeit zu erlangen weiß. Es liegt das durchaus im Rahmen ihres Zwecks, der dahin geht, den Unfallverletzten gegen die Folgen der Unfälle Hilfe zu bieten; es verhindert weiterhin erfahrungsgemäß nicht selten auch eine Verschlechterung des entschädigungspflichtigen Zustandes, indem er die sogenannte Unfallneurose mit ihren bekannten hartnäckigen Folgen (Übertreibung,

Digitized by Google

Querulantentum, Rentenhysterie) im Keime erstickt, wenn die Wirkung des Segens werktätiger Arbeit rechtzeitig einsetzt.

Das Gesetz über die Beschäftigung Schwerbeschädigter vom 6. April 1920 verpflichtet nun bekanntlich den Arbeitgeber, der einen Arbeitsplatz besetzen will, einen Schwerbeschädigten (das sind solche im Erwerbsunfähigkeitsgrade von 50 % und höher), der für diesen Arbeitsplatz geeignet ist, anderen Bewerbern vorzuziehen. Und die Sorge um die Einstellung und Beschäftigung der Schwerbeschädigten ist den Hauptfürsorgestellen der Kriegsbeschädigten- und Hinterbliebenenfürsorge übertragen, in deren Beirat die Berufsgenossenschaften Sitz und Stimme haben. Die Tätigkeit dieser Fürsorgestellen hat aber nur insoweit einzutreten, als nicht durch freie Entschließung der Arbeitgeber die Beschäftigung der Schwerbeschädigten bereits erfolgt.

Was bleibt hier für die Berufsgenossenschaft zu tun übrig? Das ist die uns beschäftigende Frage, die schwer wiegt, nachdem die Erwerbslosenfürsorge nach dem gegenwärtigen Stande des Arbeitsmarktes eine deutsche Schicksalsfrage geworden ist, dergestalt, daß das große Problem der Arbeits- bzw. Erwerbslosenfürsorge und -versicherung jetzt ständig den breitesten Raum im Amtsblatt des Reichsarbeitsministeriums und des Reichsamts für Arbeitsvermittlung einnimmt, daß unter Förderung des Reichsarbeitsministeriums gar Preise für Wettbewerbe ausgeschrieben werden zu dem Zwecke, geeignete Vorschläge zur Produktivgestaltung der Erwerbslosenfürsorge in Deutschland zu erhalten und diese hochwichtige, soziale Frage einer Lösung zuführen zu helfen.

Das gilt für die große allgemeine Arbeitslosigkeit, die nicht ausschließlich am Gebrechen liegt. Um wieviel schwieriger ist demgegenüber die Arbeitsvermittlung für minder Erwerbsfähige, Unfall- und Kriegsbeschädigte, zumal mit höheren Invaliditätsgraden. Schon vor der Kriegszeit waren auf diesem Gebiete nur durch hingebendste und nachhaltigste Arbeit am Einzelfalle, durch individuelle Behandlung und Verfolgung wirkliche und dauernde Erfolge vereinzelt zu erreichen, geradeso wie in der Kriegsbeschädigtenfürsorge (mit ihren Bänden Literatur, Gesichtspunkten, Bestrebungen und Anregungen aller Art in Wort und Bild, Versuchen, Erfolgen, Mißerfolgen und Enttäuschungen) trotz gewaltigster Anstrengung von allen Seiten des staatlichen, kommunalen und wirtschaftlichen Lebens, Körperschaften und Verbänden. Unter letzteren auch der Verband der Deutschen Berufsgenossenschaften, auf dessen Rundschreiben hierüber vom 29. Dezember 1914 und 14. Dezember 1916 besonders verwiesen wird. Was hier an Erfahrungen gesammelt werden konnte, läßt erkennen, daß immer besondere Voraussetzungen und Vorbedingungen zu berücksichtigen waren, die sich nicht allgemein aufstellen lassen.

Die herrschende Anschauung erhob Anspruch auf das Recht zur Arbeit und das Recht auf Existenz in der heutigen Wirtschaftsordnung. Es wird gefordert, daß Staat und Gemeinden Maßregeln ergreifen, welche die Arbeitslosigkeit beseitigen sollen. Es mehren sich die Anforderungen, welche die Berufsgenossenschaft für die besondere Fürsorge als verpflichtet erachten, und gehen weit über das Maß hinaus, indem sie verlangen, daß an die Stelle des früheren „notdürftigen" Lebensunterhalts der durch die soziale Anschauung näher bestimmte „notwendige" Lebensunterhalt treten soll. Es wird darauf hingewiesen, daß die Armenpflege nicht mehr Wohltätigkeit, sondern lediglich die Erfüllung einer Pflicht des Gemeinwesens sei. Nach Angabe von Vorstehern von Arbeitsvermittlungsstellen soll sich diese weitgehende Forderung in letzter Zeit allerdings gemildert haben.

Die Schwierigkeit liegt zunächst darin, daß fast alles von dem Verhalten der Beschädigten abhängt. Ohne verständnisvolle Mitwirkung, den guten Willen und die Anpassungsfähigkeit des einzelnen ist nicht viel zu erreichen. Zumal bei der Um- und Ausbildung ist ein Erfolg stets eher zu erhoffen,

Digitized by Google

wenn ein Verletzter sie selbst begehrt — was selten geschieht —, als wenn sie ihm aufgedrängt wird. Die Arbeiter lehnen aber leider vielfach grundsätzlich die Hilfe der Arbeitgeber ab; sie fordern Selbst- und Staatshilfe und bringen insbesondere den berufsgenossenschaftlichen Bestrebungen auf diesem Gebiete zu viel Mißtrauen entgegen.

Es kommt sodann nicht nur auf die Frage an, wieweit einem Arbeitslosen eine seiner bisherigen Beschäftigung nicht ganz gleichartige Arbeitsgelegenheit zugemutet werden kann, sondern auch auf die Verpflichtung eines Arbeitslosen bei der gegenwärtigen Wohnungsnot allenthalben, sich einem Ortswechsel zu unterwerfen.

Die Hauptschwierigkeiten liegen aber erfahrungsmäßig in der individuellen Veranlagung des Verletzten selbst, in der gedrückten und oft gereizten kopfhängerischen Gemütsverfassung, die z. B. der Verlust eines Armes, einer Hand oder eines Beines zumal in jungen Jahren leicht und erklärlicherweise mit sich bringt.

Es ist mit der körperlichen Beschaffenheit des Arbeitsuchenden seiner wirklichen Leistungsfähigkeit verbunden, vielleicht mit der Unmöglichkeit stetiger Erwerbstätigkeit (wegen sonstiger z. B. häuslicher Verhältnisse, Kränklichkeit, vorgerückten Alters, Energiemangel, Charaktereigenart, die sich z. B. schwer anpaßt und unterordnet, Plan- und Sorglosigkeit, moralischer Minderwertigkeit, Eigenart des Arbeitgebers, der Wirtschaftsverhältnisse, akuter Wirtschaftskrisen, Tariflohn, Konflikte) zu rechnen. Nicht zu vergessen sind natürlich auch häusliche Einflüsse, ungünstige Einwirkung seitens der Nachbarn, überhaupt die Auffassung unserer müden Zeit. Man muß arbeitswillige Notleidende von arbeitsscheuen, arbeitsentwöhnten unterscheiden, was in jedem Falle jedenfalls vor einer Neuausbildung und Umlernung Jugendlicher sorgfältige Vorerhebungen erheischt. — Um eine möglichst restlose Erfüllung der Aufgaben kann es sich also niemals handeln, zumal alles auf Freiwilligkeit beruht.

Bedenken liegen schließlich nur noch in der Rückwirkung, welche eine zu weitgehende Fürsorge auf den Charakter des Unterstützten und der Bevölkerung ausübt. Denn es ist eine allgemeine Erfahrung, daß die Gewöhnung an hohe freiwillige Leistungen demoralisierend wirken kann, daß leichte Erlangung von Unterstützungen die Energie lähmt, das „Begnügen" mit bequemer Lage fördert und somit soziale Übel nicht beseitigt, sondern vergrößert werden, so daß längere Zeit Arbeitslose erfahrungsgemäß immer schon schwerer unterzubringen sind. Das darf aber nicht verdrießen; denn auch nur Einzelfälle befriedigender Versorgung, namentlich im jugendlichen Alter, sind immer eine große Genugtuung für den Förderer.

Unentbehrlich bleibt bei jeder Arbeitslosenfürsorge, wie immer sie organisiert sein mag, die Verbindung mit einem Arbeitsnachweis. Die Umschau und das Zeitungsinserat genügen nicht, besonders wenn sie vom Arbeitnehmer ausgehen. Es sind meist vergeblich aufgewendete Kosten, und die Erfolglosigkeit bestimmt den Arbeitsuchenden, wenn er in solcher Isoliertheit bleibt, nur allzu leicht, seine Arbeitsmöglichkeit zu gering zu bewerten und billig loszuschlagen. Die seitherigen Schwierigkeiten hierbei ergeben sich aus der Tatsache, daß gegenwärtig der Entwurf zu einem Arbeitsnachweisgesetze vorliegt, welches durch zusammenfassende Organisation des Arbeitsnachweises im einzelnen Ort durch den örtlichen Arbeitsnachweis, in den größeren Bezirken der Länder oder Provinzen durch Landesämter für Arbeitsvermittlung und für das Reich durch das Reichsamt für Arbeitsvermittlung sein Ziel zu erreichen sucht. Der Entwurf sieht eine weitgehende und maßgebende Beteiligung der Arbeitgeber und Arbeitnehmer bei Vermittlung vor. Es werden dazu und für die Erwerbslosenversicherung — ein altes, aber auch schon lange aktuelles Problem — alle möglichen Vorschläge gemacht.

Was nun die praktische Handhabung anbetrifft, so dürfte sich emp-

Digitized by Google

fehlen, die Rente für einen Schwerverletzten erstmalig bzw. nach Beendigung des Heilverfahrens erst festzusetzen, wenn die Berufsgenossenschaft durch Anfrage bei der Ortsbehörde des Aufenthaltsorts des Verletzten oder diesem selbst zunächst festgestellt hat, ob und bei welchem Arbeitgeber derselbe eine Arbeit inzwischen schon wieder aufgenommen hat.

Arbeitet er, so wird in der Regel, zumal das auch für die Bemessung der Rente wichtig ist, für die Zeit seit Wiederaufnahme der Arbeit von dem Arbeitgeber ein Arbeitsbericht einzufordern sein. Ergibt dieser, daß der Verletzte, sei es im Unfallbetriebe, sei es sonst, seine Arbeitskraft in genügender Weise wieder verwertet und auch angemessen entlohnt wird, so erübrigen sich weitere Maßnahmen; es wird lediglich die Rente festgesetzt. Im anderen Falle, vor allem aber, wenn der Verletzte überhaupt noch nicht arbeitet, bemüht sich die Berufsgenossenschaft, ihn wieder in geeignete Arbeit zu bringen. In erster Linie ist natürlich die Beschäftigung im bisherigen Berufszweig durch unmittelbare Bemühung beim Arbeitgeber des Unfallbetriebes oder in einem anderen Betriebe zu erstreben, um für den Verletzten einen Arbeitsplatz zu finden, auf dem er aushält und mit Erfolg werktätig ist. In dieser Beziehung wäre die Hinaussendung eines kopierfähigen Anschreibens an den seitherigen Arbeitgeber empfehlenswert, als erster in den Akten erkennbare Fürsorgeschritt der Berufsgenossenschaft in Betracht zu nehmen. Mit entsprechender Wortwendung oder Nachschrift kann dieses Schreiben auch an andere Großbetriebe im Orte gerichtet werden. Auch wäre noch an die Vermittlung bzw. Mitwirkung des zuständigen Versicherungsamtes zu denken.

Diejenigen, welche infolge ihrer Verletzung in ihrem erlernten Beruf nicht mehr arbeiten können, sich jedoch als Hilfskraft bei schriftlicher und rechnerischer Arbeit oder zur Anfertigung von Werk- und Maßzeichnungen eignen, wäre füglich die hierzu notwendige Gelegenheit zur Ausbildung zu geben. Zu diesem Zwecke dürfte die Verbindung mit Fach- und Fortbildungsschulen ins Auge zu fassen sein. Läßt die Art der Verletzung eine Wiederaufnahme des Invaliden im bisherigen Berufszweige nicht zu, so soll die Einstellung derselben in Spezialbetrieben oder anderen verwandten Branchen der seitherigen Beschäftigungsindustrie des Verletzten ermöglicht werden.

Die Arbeitsvermittlung muß auch da einsetzen, wo Unfallverletzte wegen der Schwere ihrer Unfallfolgen auf die Verrichtung von Heimarbeit angewiesen sind. Dies gilt insbesondere auch für Blinde. In Betracht kommen hier für die Übermittlung von Aufträgen sowohl die Organisationen der Kriegsbeschädigten als auch die bestehenden Blindenvereine und die Anstalten, welche Krüppel und Blinde zu Heimarbeitern ausbilden.

Für besonders schwer Geschädigte, die sich wirtschaftlich nicht selbst behaupten können, ist Gelegenheit zu dauernder Beschäftigung in Beschäftigungswerkstätten, die mit Invalidenheimen verbunden sein können, anzustreben. Auch die der Heilwerkstätte angegliederten Lehrwerkstätten können als Beschäftigungswerkstätte dienen. Macht das etwa wegen der Schwere der Verletzungsfolgen besondere Schwierigkeiten, dann wird eine weitere wirtschaftliche Fürsorge der Berufsumbildung oder -ausbildung und Anlernung zu erwägen sein.

Eine solche Fürsorge hat in geeigneten Fällen schon bisher, wenngleich verhältnismäßig selten, stattgefunden; sie erfährt eine wesentliche Förderung durch die Erhebungen und Einrichtungen der Kriegsbeschädigtenfürsorge.

Selbstredend ist zuvor die Eignung des Falles überhaupt zur rationellen Berufsum- bzw. -ausbildung und der besonderen Kostenaufwendung, wie bereits gesagt, zu prüfen. Die Kosten können je nach Lage des Einzelfalles ganz oder teilweise von der Berufsgenossenschaft als Heilverfahrenkosten übernommen bzw. verbucht werden.

Digitized by Google

Kommt nach Lage des Falles dieses besondere Vorgehen nicht in Betracht, so wendet sich die Berufsgenossenschaft, wenn möglich nach mündlicher Verhandlung, mit dem Verletzten und geeignetenfalls unter nochmaliger Befragung des behandelnden Arztes, an den ihrer Verwaltung bekannten, örtlichen zuständigen Arbeitsnachweis. (Hierfür hat das Landes-Arbeits- und Berufsamt Düsseldorf — Ständehaus — drei zweckentsprechende Fragebogen eingerichtet, welche meines Erachtens auch von den Berufsgenossenschaften gut mit zu verwerten sind.) Zugleich teilt die Berufsgenossenschaft dem Verletzten mit, er möge sich zur Erlangung geeigneter Arbeit unter Vorzeigung des an ihn gerichteten Schreibens nur an den Arbeitsnachweis wenden; dieser Arbeitsnachweis sei eine gemeinnützige Einrichtung, die Arbeitsvermittlung erfolge daher kostenlos.

Führt das alles nicht zum Ziel oder verzögert sich das Ganze, dann allerdings muß von dem eingangs erwähnten § 562 RVO. gleich oder alsbald Gebrauch gemacht und für die Zeit unverschuldbarer Arbeitslosigkeit des Verletzten die Entschädigungsleistung der Berufsgenossenschaft entsprechend erhöht werden*).

Es ist hier hauptsächlich an neu hinzukommende Invaliden gedacht, die nach Maßgabe ihres jetzigen hohen Lohnes auch schon zeitgemäß hohe Rente erhalten. Schlimmer könnte es mit den alten Invaliden stehen, indessen ist deren Berufsschicksal im allgemeinen meist längst abgeklungen, d. h. die meisten haben sich, wie frühere Erhebungen anläßlich der ersten Rentenzulagen ergeben haben, mit ihrer Lage abgefunden und zufrieden gegeben oder sind in andere Verhältnisse hineingekommen und untergebracht. Aber für die besondere Fürsorge kommen selbstverständlich auch sie in Betracht, wenn sich ein Anlaß dazu irgendwie ergibt.

Im allgemeinen sind bei einzelnen Berufsgenossenschaften die Fälle von Schwerverletzten, für welche, wie oben berichtet, besonders gesorgt werden muß, nicht so zahlreich wie gemeinhin angenommen wird. Um so leichter erscheint deshalb die eingehende Befassung mit jedem Einzelfalle, um ihn zum Ziele zu führen. Nach einer Statistik des Reichsarbeitsministeriums liefen am 1. Oktober 1920 allerdings 713 323 Unfallrenten, von denen rund 80 000 mehr als zur Hälfte erwerbsunfähig sind.

Macht ein Verletzter von einer Arbeitsgelegenheit, die ihm die Berufsgenossenschaft anbietet, keinen Gebrauch, so darf seine Rente selbstredend nicht deshalb gekürzt werden.

*) Beiläufig bemerkt, steht in Anmerkung 13 zu § 49 im Handbuch der Unfallversicherung Bd. 3 S. 169, daß zu einer solchen vorübergehenden Erhöhung der Rente nach der ausdrücklichen Bestimmung des Gesetzes ausschließlich der Genossenschafts-Vorstand zuständig sei.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Arbeitsunfähigkeit im Sinne des § 182 RVO. während der Beobachtung im Lazarett?

Urteil des **Oberversicherungsamts Liegnitz** vom 23. Dezember 1920 (K. S. 15/20).

Der beim Magistrat in N. als Verwaltungsgehilfe tätige, bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse gegen Krankheit versicherte frühere Pionier K. ist am 10. Juni 1919 beim Hauptmeldeamt N. wegen ärztlicher Untersuchung und Bewilligung einer Badekur durch den Reichsfiskus vorstellig geworden, weil sich nach Überstehen einer im Felde im Jahre 1917/18 erlittenen Typhus- und Malariaerkrankung seit drei Tagen neue Malariaanfälle eingestellt hätten. Vom 26. Juli 1919 bis 17. November 1919 wurde er daraufhin in Militärlazaretten beobachtet und als erwerbsfähig mit einer 15prozentigen Rente entlassen. Der Chefarzt hält die Anfälle für hysterische und hat bescheinigt, daß K. vom 26. Juli bis 20. November 1919 arbeitsunfähig war, trotzdem nur drei derartige Anfälle während der Lazarettbeobachtung aufgetreten waren.

Der Magistrat in N. hat dem K. für die Monate Juli, August und November 1919 das volle Gehalt gezahlt und beim Versicherungsamt beantragt, die Allgemeine Ortskrankenkasse zur Zahlung des Krankengeldes zu veranlassen. Der Vorsitzende des Versicherungsamts hat durch Vorentscheidung die Kasse für verpflichtet erachtet, dem Magistrat das Krankengeld für die Zeit vom 26. Juli bis

Digitized by Google

20. November 1919 zu zahlen. Auf Berufung der Kasse hat das Oberversicherungsamt die Vorentscheidung aufgehoben und die Sache an das Versicherungsamt zurückgewiesen aus folgenden Gründen:

Zunächst ist die Feststellung des Versicherungsamts, daß K. in der Zeit vom 26. Juli bis 20. November 1919 arbeitsunfähig und daher zum Bezuge von Krankengeld berechtigt war, nicht bedenkenfrei. Wie aus den Militärrentenakten hervorgeht, sind in der ganzen Zeit nur drei angebliche Malariaanfälle eingetreten, von denen sich einer außerhalb des Lazaretts in einem Café ereignet hat. Daraus und nicht zum wenigsten aus der geringen Anzahl der übrigens nur immer kurze Zeit dauernden und nicht mit Bewußtseinsstörungen verbundenen Anfälle ist zu schließen, daß die Arbeitsfähigkeit des K. nicht wesentlich beeinträchtigt war. Diesem Umstande haben auch die beobachtenden Ärzte insofern Rechnung getragen, als sie nur eine Erwerbsbeschränkung von 15 v. H. annahmen. Wenn demgegenüber dieselben Ärzte am 15. Oktober und 20. November 1919 auf dem Krankenschein bescheinigen, daß Arbeitsunfähigkeit vorgelegen habe, so sind sie anscheinend von der Voraussetzung ausgegangen, daß Versicherte, die sich zur Beobachtung ihres Zustandes in einem Lazarett aufhalten, dadurch an der Fortsetzung ihrer Berufstätigkeit verhindert und deshalb an sich arbeitsunfähig sind. Eine solche Schlußfolgerung wäre aber mit dem Gesetz unvereinbar (vgl. auch Rev. Entsch. Nr. 2269, Amtl. Nachr. des RVA. 1916 S. 743). Nach Lage des Falles ist K. durch die Anfälle vermutlich zwar in gewisser Hinsicht in seiner Leistungsfähigkeit beeinträchtigt gewesen, konnte aber wohl ohne besondere Gefahr seiner vor der Aufnahme ins Lazarett ausgeübten Berufstätigkeit nachgehen.

Die Vorentscheidung ist ferner insofern verfehlt, als sie dem Magistrat für die ganze Zeit vom 26. Juli bis 17. November 1919 das Krankengeld zuspricht, während er nach eigener Angabe dem K. nur für die Monate Juli, August und November das Gehalt gezahlt hat. Nach den geltenden Rechtsgrundsätzen könnte er daher nur für die Zeit vom 26. Juli bis 31. August 1919 und vom 1. bis 17. November 1919 das Krankengeld beanspruchen, wenn K. den Anspruch darauf auf ihn übergehaupt übertragen haben würde, was aus den Akten nicht hervorgeht. Denn nur dann könnte die gesetzliche Vorschrift im § 616 BGB., wonach sich K. bei Fortzahlung des Gehalts das Krankengeld auf das Gehalt anrechnen lassen muß, verwirklicht werden....

Anmerkung: Wenn K. seinen Anspruch auf Krankengeld nicht auf den Magistrat übertragen hat, muß die Klage des Magistrats wegen Unzuständigkeit der Versicherungsbehörden abgewiesen werden.

Wahrung der Gleichberechtigung der Versicherten bei Satzungsbestimmungen über Familienhilfe (§ 205b RVO.). — Ersatz von Auslagen usw. der Vertreter der Versicherten und der Arbeitgeber (§ 21 RVO.).

Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 5. November 1920.

Der Senat verkennt die großen Schwierigkeiten nicht, die den Kassen bei der Versorgung auswärtiger Versicherter und ihrer Familienangehörigen mit ärztlicher Hilfe erwachsen. Er ist auch der Ansicht, daß das Bestreben der Kassen, die für die Hebung der Volksgesundheit besonders wichtige Familienkrankenpflege den tatsächlichen Verhältnissen anzupassen, möglichst gefördert werden müsse. Gleichwohl konnte er dem Antrage der Kasse, die Satzungsbestimmung über die Familienkrankenpflege in der vorgeschlagenen Form zu genehmigen, aus Rechtsgründen nicht entsprechen. Grundsätzlich sind die Kassen zwar befugt, die satzungsmäßigen Mehrleistungen im Rahmen der gesetzlichen Befugnisse einzuschränken. Derartige Beschränkungen dürfen aber nur allgemein und für alle Versicherten gleichmäßig vorgesehen werden. Dies gilt bei Gewährung der Familienkrankenpflege jedenfalls dann, wenn die Beiträge einheitlich bemessen, Zusatzbeiträge (zu vgl. § 384 Abs. 2 Satz 1 RVO.) also, wie hier, nicht erhoben werden. Der für die Krankenversicherung anerkannte Grundsatz der Gleichberechtigung der Kassenmitglieder schließt also eine unterschiedliche Bemessung der Versicherungsleistungen im allgemeinen, sowohl für einzelne Versicherte wie für Gruppen von Versicherten, aus. Dementsprechend hat das Reichsversicherungsamt in der Entsch. 2588 (Amtl. Nachr. 1920 S. 379) eine Satzungsbestimmung, welche die Gewährung freier ärztlicher Behandlung auf solche versicherungsfreie Familienangehörige der Versicherten beschränkt, die mit dem Versicherten in einem bestimmten Bezirk in häuslicher Gemeinschaft leben, für unzulässig erklärt. Die Rechtslage ist hier die gleiche. Vorliegend sollen die auswärtigen Familienangehörigen zwar vom Bezug von Versicherungsleistungen nicht allgemein ausgeschlossen werden. Die Kasse will ihnen aber, im Gegensatz zu den Familienmitgliedern der Versicherten innerhalb des Kassenbezirks, statt der ärztlichen Behandlung in Natur, bloße Barentschädigung gewähren. Die Gewährung barer Beihilfen an Stelle der Arzthilfe ist im allgemeinen eine Versicherungsleistung von minderem Wert (zu vgl. Begr. zum Entw. einer RVO. S. 219). Dies gilt in besonderem Maße dann, wenn, wie vorliegend, der Betrag der baren Beihilfen zur Deckung der eigenen Auslagen der Versicherten für die Beschaffung der Arzthilfe regelmäßig nicht ausreicht. Somit hat die von der Kasse beabsichtigte Regelung eine ungleiche Behand-

Digitized by Google

lung der Versicherten in ihrer Eigenschaft als Träger des Anspruchs auf Familienhilfe (zu vgl. Revisionsentsch. 2472, Amtl. Nachr. 1918 S. 424) zur Folge. Dieser Annahme steht der Umstand nicht entgegen, daß die Kasse ihrerseits im wesentlichen die gleichen Beträge für die Familienmitglieder der Versicherten innerhalb wie außerhalb des Kassenbezirks aufwenden will. Denn die Frage, ob eine Kasse der Pflicht der gleichmäßigen Behandlung der Kassenmitglieder genügt oder nicht, ist vom Standpunkte der Leistungsempfänger aus, und nicht nach den geldlichen Aufwendungen des Versicherungsträgers zu beurteilen. Der Grundsatz der Gleichberechtigung der Versicherten wird, worauf die Kasse mit Recht hinweist, in § 193 Abs. 3 RVO., übrigens auch noch in einigen anderen Vorschriften des Gesetzes, durchbrochen. Hierbei handelt es sich indessen immer um Ausnahmevorschriften, die als solche eng auszulegen sind. Es geht deshalb nicht an, diese Sondervorschriften zu verallgemeinern und daraus die Regel herzuleiten, daß die Kassen bei Festsetzung satzungsmäßiger Mehrleistung an den vorerwähnten Grundsatz nicht gebunden seien. Somit hat das Oberversicherungsamt dem § 29 b des Satzungsnachtrags mit Recht die Genehmigung versagt. Dieses Ergebnis ist insofern nicht befriedigend, als die von der Kasse beabsichtigte Regelung in der Tat den praktischen Bedürfnissen Rechnung trägt. Die Kasse wird deshalb versuchen müssen, einen anderen Weg einzuschlagen, wenn sie, was an sich durchaus erwünscht ist, für die Angehörigen aller Versicherten in Erkrankungsfällen sorgen will. Da sie nach ihren Ausführungen nicht in der Lage ist, die ärztliche Versorgung auch den zahlreichen Familienmitgliedern der Versicherten außerhalb des Kassenbezirks in Natur zu gewähren, wird nur erübrigen, für alle Versicherten gleichmäßig die Zahlung barer Zuschüsse für die Beschaffung der Arzthilfe bei Erkrankung von Familienmitgliedern vorzusehen.

Dies wird als zulässig zu erachten sein, obwohl nach dem Wortlaut des § 205b Nr. 1 RVO. lediglich „Krankenpflege", worunter im allgemeinen nur die Sachleistungen der §§ 182 Nr. 1, 184, 185, 187 Nr. 2 und 3 a. a. O. zu verstehen sind, zugebilligt werden kann. Denn im Rahmen der Krankenpflege kann die Satzung die Mehrleistung beliebig, wenn auch für alle Versicherten nur gleichmäßig, bemessen (zu vgl. Kommissionsber. II S. 102, Revisionsentsch. 2370 und Entsch. 2440, Amtl. Nachr. 1917 S. 541, 1918 S. 306). Sie kann demnach auch Barleistungen vorsehen, die zur Beschaffung der Krankenpflege, insbesondere der notwendigen ärztlichen Versorgung, bestimmt sind (übereinstimmend Hahn, Handb. der Krankenversf., Anm. 2a zu § 205 RVO., Stier-Somlo, Kommentar, Anmerk. 6 am Ende zu § 179, v. Frankenberg, Kommentar, Anm. 4e zu § 179 und Anm. 2a zu § 205, Hoffmann, Erläuterung zum Gesetz über Wochenhilfe und Wochenfürsorge, 3. Aufl., S. 55 und 56, Arbeiterversorgung 1913 S. 383 Ziff. 6). Fraglich ist, ob bare Beihilfen der erwähnten Art in einem für alle Fälle bestehenden Betrag, insbesondere ohne Rücksicht auf die tatsächlichen Aufwendungen, gewährt werden dürfen. Die Kasse würde deshalb durch eine entsprechende Fassung der Satzungsbestimmung zweckmäßig klarzustellen haben, daß sie die Kosten der ärztlichen Behandlung nur bis zu einem bestimmten Höchstbetrag übernimmt (zu vgl. Arbeiter-Versorgung 1909 S. 384 Ziff. 14, 1910 S. 340 Nachsatz und S. 664 Ziff. 14). Diesen Höchstbetrag kann sie nach den Entschädigungen bemessen, die sie ihrerseits den Kassenärzten innerhalb des Kassenbezirks für die Behandlung ihrer Mitglieder vertraglich gewährt. Auch die Regelung der Auszahlung der Zuschüsse für die ärztliche Behandlung bleibt dem Ermessen der Kasse überlassen. Sie kann insbesondere bestimmen, daß diese Beihilfen, soweit dies für zweckmäßig erachtet wird, unmittelbar an den behandelnden Arzt gezahlt werden (zu vgl. Arbeiter-Versorgung 1910 S. 471 Ziff. 9). Bei Zahlung des Barzuschusses an die Versicherten wird der Nachweis zu verlangen sein, daß die Familienmitglieder durch einen approbierten Arzt (zu vgl. § 122 RVO.) behandelt worden sind, damit die ordnungsmäßige Verwendung der Beihilfen möglichst gesichert wird (zu vgl. Hoffmann, Erläuterungen zum Gesetz über Wochenhilfe und Wochenfürsorge, 3. Aufl., S. 56). Die Kasse dürfte hiernach in der Lage sein, die Satzungsbestimmung über die Familienkrankenpflege, unter Wahrung des Grundsatzes der Gleichberechtigung der Versicherten, so zu gestalten, daß das praktische Ergebnis dem des beanstandeten § 29b des Satzungsnachtrages im wesentlichen entspricht.

Hinsichtlich des zweiten Beschwerdepunktes ist folgendes zu bemerken: Der § 57 der Satzung enthält in Abs. I Bestimmungen über den Ersatz von Reise- und Beförderungskosten für sämtliche Vorstandsmitglieder, in Abs. II über den Ersatz sonstiger barer Auslagen für die Vertreter der Versicherten. Dabei fällt auf, daß in Abs. I Ziff. 2 auch „Zehrungskosten" erwähnt werden, für die nach der in der Satzung vorgesehenen besonderen Behandlung der Reisekosten und sonstigen baren Aufwendungen den Vertretern der Versicherten gemäß Abs. II Ersatz zu leisten wäre. Dagegen enthält der Abs. II keine Bestimmung über den Ersatz barer Auslagen für die Vertreter der Arbeitgeber, die nach § 21 Abs. 2 Satz 1 RVO. ebenfalls Anspruch auf Ersatz ihrer baren Auslagen haben. Es wird deshalb zu erwägen sein, in Abs. I Nr. 2 das Wort „Zehrungskosten" zu streichen und in Abs. II auch die Erstattung der Barauslagen der Arbeitgebervertreter zu regeln. Wenn in Abs. II der Ersatz der sonstigen

Digitized by Google

baren Auslagen, Tage- und Übernachtungsgelder in fest bestimmten Sätzen vorgesehen werden, so ist dies nach der Entsch. 2077 (Amtl. Nachr. 1915 S. 646) an sich nicht zu beanstanden. Wegen der Höhe dieser Beträge ist auf die Schlußausführungen dieser Entscheidung zu verweisen. Mit § 57 Abs. II ist der Schlußsatz des neuen Abs. III nicht zu vereinigen, denn dort wird vorgesehen, daß den Vorstandsmitgliedern die „etwa entstandenen Auslagen" zu erstatten sind. Diese Bestimmung bezieht sich nach ihrer Fassung auch auf die Vertreter der Versicherten, so daß diesen neben den in Abs. I und II erwähnten, noch weitere Auslagen zu erstatten wären. Welche Auslagen hier in Betracht kommen, ist nicht ersichtlich. Sollte die Bestimmung nur auf die Vertreter der Arbeitgeber bezogen werden, so hätte das in der Satzung klar ausgesprochen werden müssen. Zweckmäßig wären indessen, wie schon bemerkt, die Bestimmungen über den Ersatz barer Auslagen in Abs. I und II des § 57 der Satzungen zu vereinigen. Auch im übrigen gibt der Abs. III a. a. O. zu Zweifeln Anlaß. Zwar ist die Kasse an sich befugt, einen Pauschbetrag für Zeitverlust allen Vorstandsmitgliedern zuzubilligen. Sie muß das dann aber in der Satzung klar zum Ausdruck bringen. Dem genügt der Satz 3 des Abs. III a. a. O. nicht. Denn danach soll bei Vorstandssitzungen im Laufe des Tages „der entgangene Arbeitsverdienst" in Höhe von 2,50 *M* für jede angefangene Stunde „Arbeitsversäumnis" erstattet werden. Auf die Vertreter der Arbeitgeber würde sich diese Bestimmung nach ihrem Wortlaut nicht beziehen. Die Gewährung von Ersatz des entgangenen Arbeitsverdienstes neben einem Pauschbetrag für Zeitverlust an die Vertreter der Versicherten wäre unzulässig. Hiernach sind die Abs. II und III des § 57 der Satzung (Artikel 18 des Satzungsnachtrages) von dem Oberversicherungsamt mit Recht beanstandet worden. Die Satzungsänderungen unterlagen als solche nach § 324 Abs. 1 RVO. der „Genehmigung" des Oberversicherungsamts; die nach § 21 Abs. III RVO. erforderliche „Zustimmung" dieser Behörde bezieht sich lediglich auf die Angemessenheit der Höhe des Pauschbetrages für Zeitverlust (zu vgl. Entsch. 2256, Amtl. Nachr. 1916 S. 640). Das Oberversicherungsamt hätte demnach der Satzungsänderung die „Genehmigung", nicht, wie geschehen, die „Zustimmung" versagen müssen. Die Beschwerde ist hiernach gleichwohl als zulässig zu erachten (zu vgl. Entsch. 2256).

Erfordernis des Antrags auf erweiterte Krankenpflege nach § 437 RVO.

Urteil des **Oberversicherungsamts Berlin** vom 7. Dezember 1920 (K. 2059/20. VII).

Die angefochtene Vorentscheidung konnte nur aus den darin dargelegten, zutreffenden Gründen bestätigt werden. § 437 RVO. macht die Gewährung der erweiterten Krankenpflege von dem Antrage des Dienstberechtigten oder des Dienstboten abhängig. Der Vertreter der Armendirektion erblickt einen solchen Antrag in dem von der Klägerin vollzogenen Formular vom 31. August 1916, speziell in den Worten: Ich bin damit einverstanden, daß für die Kosten der Krankenhauspflege aus den mir nach der Reichsversicherungsordnung zustehenden Ansprüchen nach Maßgabe dieses Gesetzes Ersatz geleistet wird. Das Gericht vermag die Auffassung der Armendirektion nicht zu teilen, denn in dem Vordruck ist von einem Wunsche der Klägerin, Krankenhauspflege zu erhalten, mit keinem Worte die Rede, sondern lediglich die Zustimmung ausgesprochen, daß der Armendirektion für die Kosten der Krankenhausbehandlung nach Maßgabe des Gesetzes Ersatz geleistet werde. Die Zustimmung ist also zum Vorteil eines anderen erfolgt, während der vom Gesetz geforderte Antrag im eigenen Interesse zu stellen ist. Wollte man aber selbst die Zustimmungserklärung zugunsten der Armendirektion als einen Antrag der Klägerin auslegen, so fehlt es jedenfalls an der ordnungsmäßigen Weiterleitung dieses Antrages an die Allgemeine Ortskrankenkasse. Die Armendirektion hat sich zu diesem Zwecke nach ihrer Angabe ihres Vordruckes Nr. 6 bedient und einen solchen der Kasse zugesandt. Dieser Vordruck gliedert sich nach seiner Fassung in eine Mitteilung, daß ein Erkrankter in das Krankenhaus aufgenommen worden ist, weil sein Zustand die Abweisung nicht erlaubte, und knüpft daran die Frage, ob und bis zu welchem Zeitpunkt die Kurkosten von der Kasse übernommen werden. Diese Formularfrage kann als ein Antrag der Erkrankten selbst schon um deswillen nicht angesehen werden, weil eine Willenserklärung der Klägerin darin überhaupt nicht zum Ausdruck kommt, ja nicht einmal angedeutet ist, daß die Armendirektion im Auftrage der Erkrankten handelt oder überhaupt zu dieser in einem vertragsmäßigen Vertretungsverhältnisse steht. Vielmehr muß aus der Überschrift des Formulars: „Städtisches Kosten-Einziehungs-Büro" sowie aus der Fassung des Textes und der Unterschrift entnommen werden, was es in Wirklichkeit auch nur ist, nämlich ein selbständiges Vorgehen des Einziehungsbüros im eigenen Namen und im eigenen Interesse. Demgemäß hat es die Krankenkasse auch nur so angesehen und nur so ansehen können, zumal dasselbe Formular in gleicher Weise zur Anwendung gelangt, einerlei, ob es sich um erweiterte Krankenpflege zugunsten eines Dienstboten (§ 437 RVO.) oder aber um ein anderes Kassenmitglied handelt, bei dem es eines solchen Antrages nicht bedarf. Dementsprechend hat die Kasse auch nur Ersatz im Rahmen des § 1531 zugestanden. Offenbar hat sich die Armendirektion ursprünglich auch selbst nicht als Vertreterin der Erkrankten betrachtet, denn sonst wäre es nicht verständlich, aus welchem Grunde sie unter dem 31. August 1918 im eigenen Namen Klage gegen die Ortskrankenkasse erhoben hätte. Der

Digitized by Google

Erklärung des Vertreters im Verhandlungstermin, das sei versehentlich geschehen, steht entgegen, daß sich die Armendirektion bei der abweisenden Entscheidung des Versicherungsamts beruhigt und das Versehen nicht durch Einlegung eines Rechtsmittels richtig zu stellen versucht hat.

Ein rechtsgültiger Antrag auf Gewährung von Krankenhauspflege ist somit bei der Ortskrankenkasse nicht gestellt; die Klage unterlag deshalb schon aus diesem Grunde der Abweisung. Bei dieser Sachlage erübrigt sich die Feststellung, ob und welche weiteren Gründe dem Klagebegehren entgegenstehen, wie auch die Frage der Nachprüfung entzogen ist, inwieweit die Klägerin, selbst im Falle ihres Obsiegens, berechtigt wäre, der Armendirektion jegliche Ersatzleistung zu verweigern, und zwar im Umfange des § 1531 deshalb, weil insoweit die Krankenkasse der Armendirektion zur Ersatzleistung verpflichtet und nach ihrer eigenen Erklärung auch bereit ist; und darüber hinaus, auf Grund des § 119 Ziff. 3 RVO. (vgl. Entsch. des RVA. vom 11. Juni 1913 Amtl. Nachr. S. 673 letzter Absatz).

B. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Ruht auch die Zulage zur Invalidenrente wegen Bezugs einer Unfallrente (§ 1311 Ziff. 1 RVO.)?

Urteil (Vorentsch.) des **Oberversicherungsamts Bautzen** v. 10. Januar 1921 (110 I. B. 20).

N. N. bezieht wegen Alterverkalkung von der Landesversicherungsanstalt seit 29. Januar 1919 Invalidenrente. Anläßlich eines am 22. Januar 1920 erlittenen Betriebsunfalls sind ihm außerdem von der Textilberufsgenossenschaft höhere Unfallrenten zugebilligt worden. In Anwendung des § 1311 Ziff. 1 RVO. hat die Landesversicherungsanstalt mittels Bescheids das völlige bzw. teilweise Ruhen der Invalidenrente verfügt, dabei aber nicht nur die Invalidenrente selbst mit der Unfallrente zusammengerechnet, sondern außerdem auch die Zulagen, die vom 1. Oktober 1919 ab auf Grund der Reichsverordnung vom 21. August 1919 (RGBl. S. 1665) und sodann vom 1. Juli 1920 ab auf Grund des Reichsgesetzes vom 20. Mai 1920 (RGBl. S. 1091) den Empfängern von Invalidenrente zu zahlen sind, mit berücksichtigt. Auf Berufung des N. N. hat das Oberversicherungsamt den Bescheid aufgehoben und die Versicherungsanstalt verurteilt, bei Anwendung des § 1311 Ziff. 1 RVO. die Zulagen zur Invalidenrente außer Ansatz zu lassen. — Gründe:

Weder in der Reichsverordnung vom 21. August 1919, noch in dem Reichsgesetz vom 20. Mai 1920 ist die Streitfrage ausdrücklich geregelt. Die Beklagte stützt ihren Standpunkt vielmehr auf einen Vergleich dieser Vorschriften mit der Reichsverordnung vom 5. Mai 1920 über Rentenzulagen aus der Unfallversicherung (RGBl. S. 878 fg.), wo in § 7 ausdrücklich bestimmt ist, daß bei der Anwendung des § 1311 der Reichsversicherungsordnung die Unfallrentenzulagen nicht in Anrechnung zu kommen haben. Aus dem Umstande, daß eine gleiche Bestimmung in den Vorschriften über die Invalidenrentenzulagen fehlt, zieht die Beklagte den Schluß, daß hier die Verhältnisse gegenteilig liegen sollen, d. h. daß bei der Anwendung des § 1311 RVO. die Invalidenrentenzulagen in Anrechnung zu kommen haben.

Dieser Schlußfolgerung kann indessen nicht beigetreten werden. Nach § 2 Abs. 1 der Reichsverordnung vom 21. August 1919 gelten die Bestimmungen der §§ 3 bis 13 der Bekanntmachung vom 3. Januar 1918 über die Gewährung von Invalidenrentenzulagen (RGBl. S. 7) entsprechend. Nach §§ 3 und 4 dieser Bekanntmachung wird die Zulage in vollem Betrage gezahlt, auch wenn der Empfänger nur einen Bruchteil der Rente erhält, und die Zulage fällt nur weg, wenn der Anspruch auf die Rente zum vollen Betrage ruht oder wegfällt. Diese Bestimmungen sprechen dafür, daß die Zahlungen immer nur gesondert als solche, nicht aber als Teil der Rente oder Rentenerhöhung behandelt werden sollen.

Eine gegenteilige Vorschrift ist in den einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen, wie bereits erwähnt, nicht enthalten. Unter diesen Umständen aber aus der für die Unfallrentenempfänger ausdrücklich getroffenen günstigen Regelung ungünstige Schlüsse für die Invalidenrentenempfänger zu ziehen, erscheint nicht angängig. Im Zweifel ist vielmehr davon auszugehen, daß der Gesetzgeber hinsichtlich der Rentenzulagen die Invalidenrentner nicht hat schlechter stellen wollen als die Unfallrentner. — Diese Ansicht wird auch vertreten in der „Arbeiter-Versorgung" 1919 S. 673.

Anm.: Das Urteil ist rechtskräftig geworden.

Gilt die Verteuerung der Versicherungsmarken auf das Doppelte auch für die Zeit vor dem 20. 12. 1920?

Entscheidung a) des **Versicherungsamts der Stadt Brandenburg a. H.** v. 8. Februar 1921; b) des **Versicherungsamts der Stadt München** v. 24. Febr. 1921.

Die Frage ist — abweichend von der im Heft 7 S. 133 abgedruckten Entscheidung des Versicherungsamts Hamburg — verneint worden aus folgenden Gründen:

a)

In den Tageszeitungen ist wiederholt der Meinung Ausdruck gegeben worden, daß das Verlangen der Versicherungsträger, auch für Zeiten vor dem 20. Dezember 1920 schon die höheren Beiträge zu verwenden, im Gesetz keine Stütze finde. Die plötz-

Digitized by Google

liche Beitragserhöhung habe starken Unwillen und Mißstimmung ausgelöst. Die Beteiligten, Arbeitgeber sowohl wie Versicherte, seien durch die überraschende Verdoppelung des Geldwerts für die Beitragsmarken geschädigt worden, da unterlassene Markenverwendungen nach den für zurückliegende Zeiten zuständigen niederen Geldwerten nicht mehr nachgeholt werden können, sondern beide Teile genötigt worden seien, höhere Anteile zu bezahlen.

Durch Art. II des Ges. vom 20. Mai 1920 über Abänderung der Leistungen und der Beiträge in der Invalidenversicherung (RGBl. 1920 S. 1091) sind die Beiträge (§ 1392 RVO.) festgesetzt worden für die Lohnklassen I bis V auf 90 bzw. 100, 110, 120, 140 Pfennige. Nach Art. III ist diese Festsetzung am 1. August 1920 in Kraft getreten.

Das Gesetz vom 26. Dezember 1920 über eine außerordentliche Beihilfe für Empfänger von Renten aus der Invalidenversicherung (RGBl. 1920 S. 2315 ff.) ordnet im § 5 an, daß die Beiträge in der Fassung des Art. II des Ges. vom 20. Mai 1920 zum doppelten Geldwert zu berechnen sind; der § 9 bestimmt, daß diese Vorschrift mit Wirkung vom 20. Dezember 1920 in Kraft tritt. Hiernach gelten die auf Grund des Gesetzes vom 20. Mai festgesetzten Werte vom 1. August 1920 bis zum 19. Dezember 1920 und kann die Landesversicherungs-Anstalt nicht verlangen, daß Marken im doppelten Geldwert schon vor dem 20. Dezember 1920 verwendet werden sollen.

Nun hat, wie aus den Tageszeitungen bekannt geworden ist (vgl. Arbeiter-Versorgung 1921, S. 45/46) das Reichsarbeitsministerium bereits am 18. Dezember 1920, an welchem Tage das Gesetz im Reichstage zur Verabschiedung gekommen sein soll, den Verkauf der Beitragsmarken zu den alten Geldwerten sperren lassen. Nach der angezogenen Veröffentlichung ist diese Sperrmaßregel vom Reichsarbeitsministerium begründet worden wie folgt:

„Aus dem Reichsarbeitsministerium wird geschrieben: Daß die Invalidenversicherungsmarken seit dem 20. Dezember 1920 zum doppelten Nennwert verkauft werden, beruht auf dem Gesetz über eine außerordentliche Beihilfe für Empfänger von Renten aus der Invalidenversicherung vom 26. Dezember vorigen Jahres (RGBl. Nr. 243 S. 2315). Das Gesetz ist aus der Mitte des Reichstages eingebracht worden. Da Reichsmittel bei der trostlosen Finanzlage nicht zur Verfügung standen, aber den in größter Not befindlichen Rentenempfängern schleunigst geholfen werden mußte, blieb kein anderer Weg, als eine Art Steuer von den Versicherten und ihren Arbeitgebern durch Verdoppelung der Preise der Versicherungsmarken zu erheben. Dabei war man auf die Weiterbenutzung der bisherigen Marken angewiesen, weil das Drucken oder Überdrucken der Marken mehrere Monate erfordert hätte. Deshalb mußte sofort der Verkauf der Marken zum alten Preise gesperrt werden, da sonst sicherlich eine große Menge Marken gehamstert und hierdurch die Aufbringung der Mittel für die Beihilfe gefährdet worden wäre. Bei den Reichstagsberatungen wurde nicht verkannt, daß unter Umständen auch für rückliegende Zeiten zum doppelten Preise gekaufte Beitragsmarken verwendet werden müssen, wobei eine Erstattung des zu viel Bezahlten schon mit Rücksicht auf die davon zu erwartende unerträgliche Geschäftsüberlastung der Landesversicherungs-Anstalten ausgeschlossen erscheint. Man war sich bei den Beratungen darüber klar, daß diese Übergangshärten gegenüber der Notwendigkeit einer sofortigen Hilfe für die Rentenempfänger zurücktreten müssen.

Im übrigen sei darauf hingewiesen, daß nur für die ab 1. August 1920 ausgegebenen Marken der Preis verdoppelt worden ist, dagegen werden die früher ausgegebenen Marken ohne Preisaufschlag verkauft. Aufklärende Mitteilungen hat das Reichsarbeitsministerium, sobald feststand, daß der Reichsrat von seinem Einspruchsrecht gegen das Gesetz keinen Gebrauch machen wollte, wiederholt der Presse zugehen lassen; leider hat sich ihre Veröffentlichung infolge der Feiertage verzögert."

Das Gesetz selbst ist erst am 26. Dezember 1920 erlassen und in dem am 31. Dezember 1920 in Berlin ausgegebenen Stück 243 des Reichsgesetzblatts veröffentlicht worden. An keiner Stelle des Gesetzes ist der Ministerialinstanz eine derartige Sperrungsbefugnis beigelegt worden. Nach Art. 71 der Verfassung des Deutschen Reichs treten Reichsgesetze, soweit sie nichts anderes bestimmen, mit dem 14. Tage nach Ablauf des Tages in Kraft, an dem das Reichsgesetzblatt in der Reichshauptstadt ausgegeben worden ist. Da für das Inkrafttreten der Vorschrift des § 5 des Gesetzes der 20. Dezember 1920 bestimmt worden ist, kann die ministerielle Anweisung auf Sperrung des Markenverkaufs vor der amtlichen Veröffentlichung des Gesetzes keine rechtliche Bindung haben, denn sie ist zu einem Zeitpunkt erlassen worden, als ein Abänderungsgesetz überhaupt noch nicht ergangen war. Die durch das Gesetz vom 20. Mai festgesetzten Werte konnten, solange ein Abänderungsgesetz nicht ergangen war, nur auf dem durch § 1388 RVO. geordneten Wege durch den Bundesrat — jetzt durch den Reichsrat — geändert werden. Den Beitragsmarken in der durch das Gesetz vom 20. Mai 1920 festgesetzten Höhe ist daher Geltung bis zum Inkrafttreten des § 5 des Gesetzes vom 26. Dezember 1920 zuzuerkennen.

Die Wirkung der Verkaufssperre äußert sich praktisch darin, daß selbst bei pünktlicher Beitragsentrichtung nach Ansicht der Versicherungsanstalt schon für einen Zeitraum, für den noch die bisherigen Marken des billigeren Wertes zu verwenden waren, solche des verdoppelten Wertes verwendet werden müssen. Für diese Ansicht könnte sprechen, daß das Gesetz vom 26. Dezember 1920, indem es im zweiten Absatz des § 5 die Anwendung der §§ 1426 ff. sicherstellt, daß Arbeitgeber und Versicherte durch diese Vorschrift hinsichtlich der Zahlung des eigenen höheren Beitragsteiles aus eigenen Mitteln gesetzlich verpflichtet und hinsichtlich des höheren Abzugs von dem Lohn des Versicherten aus § 1433 RVO. gesetzlich geschützt sind. Dem ist jedoch entgegenzustellen, daß das Gesetz keine Anordnung darüber

Digitized by Google

enthält, daß die verdoppelten Geldwerte noch unter der Herrschaft des Art. II des Gesetzes vom 20. Mai 1920 (RGBl. 1920 S. 1091) haben Anwendung finden sollen. Es würden also Beiträge zur Verwendung kommen, die unter die Herrschaft dieses Gesetzes fallen und daher als unzulässig dem Berichtigungsverfahren unterliegen würden.

Der Arbeitgeber, der bei der Lohnzahlung am Sonnabend den 18. Dezember 1920 dem Versicherten Beiträge des billigeren Wertes abgezogen hat und am Montag den 20. Dezember 1920 diese Marken bei der Post erstehen will, ist genötigt, den doppelten Betrag dafür zu erlegen, weil der Verkauf gesperrt ist. Dem Arbeitgeber, der — wie der Beschwerdeführer — Arbeiter und Angestellte in erheblicher Zahl beschäftigt, wird es selbst bei geordneter Geschäftsführung nicht möglich sein, am Tage des Lohnabzuges sofort die Beitragsmarken anzukaufen und zu verwenden. Es wird nichts dagegen einzuwenden sein, wenn er das Einkleben bald nach der Lohnzahlung ausführen läßt. Vorliegend ist die Verwendung von zuständigen Beitragsmarken aber durch die Sperrmaßregel vereitelt worden; sie verlegt den Zeitpunkt der Wirksamkeit noch unter die Herrschaft des Gesetzes vom 20. Mai 1920. Daß dies der Wille des Gesetzgebers gewesen sein soll, ist weder zum Ausdruck gekommen noch aus dem Inhalt des Gesetzes zu folgern. Wenn eine derartige Maßnahme zur Sicherung der Durchführung des Gesetzes erforderlich war, so konnte sie frühestens im Zeitpunkt der amtlichen Veröffentlichung des Gesetzes getroffen werden. Nach alledem kann der Beschwerdeführer nicht verpflichtet werden, die höheren Beträge schon vor dem 20. Dezember 1920 zu entrichten.

b)

Im entgegengesetzten Sinne entschied das Versicherungsamt München aus folgenden Gründen:

Durch § 5 des Gesetzes vom 26. 12. 20 über eine außerordentliche Beihilfe für Empfänger von Renten aus der Invalidenversicherung (RGBl. S. 2315) wurde zum Zwecke der Deckung der Aufwendungen für diese Beihilfe bestimmt, daß die Beiträge zur Invalidenversicherung (§ 1392 RVO.) zum doppelten Nennwert berechnet werden. Gemäß § 9 des Gesetzes ist diese Berechnung zum doppelten Nennwert am 20. Dezember 1920 in Kraft getreten. Die Postanstalten verkaufen daher seit diesem Tage die Beitragsmarken zur Invalidenversicherung nur mehr zum doppelten ihres bisherigen Preises, und zwar auch dann, wenn es sich um Beitragsmarken handelt, welche für die Zeit vor dem 20. Dezember 1920 verwendet werden sollen. Wie zahlreiche Arbeitgeber fühlt sich auch die Beschwerdeführerin (eine Aktiengesellschaft in München), die Beitragsmarken für die Zeit vor dem 20. 12. 20 an diesem Tage noch zu entrichten hatte, durch diese Maßnahme auf das Empfindlichste geschädigt. Da einem von ihr an die Landesversicherungsanstalt Oberbayern gerichteten Ersuchen um Aushändigung der noch für die Zeit vor dem 20. 12. 20 fälligen Marken zum einfachen Nennwert nicht stattgegeben wurde, hat sie Beschwerde zum Städtischen Versicherungsamt erhoben und Entscheidung im Rechtswege beantragt.

Bevor die Zuständigkeit des Städtischen Versicherungsamts München geprüft wird, muß zur Frage der Zuständigkeit der Versicherungsämter als solcher zur Entscheidung von Streitfragen der vorliegenden Art Stellung genommen werden. Diese Zuständigkeit ist an sich bei einem Streit über die Beitragsleistung, als welcher auch ein Streit über die Verpflichtung Beitragsmarken zu kleben, anzusehen ist, gemäß § 1459 RVO. gegeben. Es fragt sich aber, ob bei Streit über die Verpflichtung zum Entrichten des doppelten Preises der Beitragsmarken, überhaupt ein „Streit über die Beitragsleistung" vorliegt; denn es handelt sich hier nicht um Beiträge im landläufigen Sinne, sondern um eine Art Steuer, die lediglich bei Ankauf der Marken erhoben, deren Betrag aber nicht an die Landesversicherungsanstalten abgeführt wird, sondern unter gesonderter Verrechnung zum Zwecke der Deckung der auszuzahlenden Beihilfen unmittelbar zur Verfügung der den Markenverkauf betätigenden Postanstalten bleibt, während die Landesversicherungsanstalten nur den dem Nennwert der verkauften Beitragsmarken entsprechenden Erlös erhalten. Trotz dieses Unterschiedes in der Verrechnungsweise und trotz der Bezeichnung des erhöhten Betrages als einer Art Steuer erachtet das Versicherungsamt aber einen Streit darüber, ob für die Zeit vor dem 20. Dezember 1920 zu verwendende, aber nach diesem Zeitpunkt gekaufte Marken zum doppelten Preise zu berechnen sind, als einen Streit über die Beitragsleistung im Sinne des § 1459 RVO. Es kommt zu dieser Anschauung auf Grund folgender Erwägungen:

Die Entrichtung der sogenannten Steuer erfolgt gelegentlich des Ankaufes der Beitragsmarken, ist also aufs engste mit der Beitragsleistung verknüpft. § 5 des Gesetzes vom 26. 12. 20 sagt ausdrücklich, daß zur Deckung der Aufwendungen für die Beihilfe die „Beiträge zum doppelten Geldwert berechnet werden". Er beseitigt damit in gewissem Sinne die Vorschrift des § 1411 Abs. 1 RVO., wonach die Beitragsmarken die Bezeichnung der Lohnklasse und des „Geldwertes" enthalten müssen, und des § 1412 RVO., wonach die Postanstalten die Marken für den „Nennwert" verkaufen, indem er bestimmt, daß beim Verkauf der Marken ab 20. 12. 20 das Doppelte dieses Geld- bzw. Nennwertes zu berechnen ist; er erhöht also die „Beiträge". Nach § 1387 RVO. werden ferner die Mittel für die Versicherung durch das Reich, die Arbeitgeber und die Versicherten aufgebracht; während das Reich Zuschüsse leistet, haben die Arbeitgeber und die Versicherten laufende „Beiträge" zu entrichten. Wie

Digitized by Google

nun die Entstehungsgeschichte des Gesetzes vom 26. 12. 20 ergibt, machte es die finanzielle Lage der Versicherungsanstalten unmöglich, die Deckung der neueingeführten Beihilfe ähnlich wie die Deckung der bisher schon gewährten Zulagen aus den laufenden Beitragseinnahmen zu bestreiten. Das gleiche war hinsichtlich einer Mitwirkung des Reichs an der Aufbringung der notwendigen Mittel der Fall. Es wurde daher beschlossen, die Deckung der notwendigen Mittel den Arbeitgebern und Versicherten aufzuerlegen. Als Weg hierzu ergab sich von selbst die Erhebung von Beiträgen, und zwar wählte der Gesetzgeber angesichts der Dringlichkeit der Angelegenheit den Weg des Verkaufs der geltenden Beitragsmarken zum Doppelten ihres Nennwertes. Mag nun auch im inneren Geschäftsbetrieb eine getrennte Verrechnung der Einnahmen stattfinden, nach Außen hängt die Aufbringung der für die Deckung der zu leistenden Beihilfen benötigten Mittel aufs engste mit der Aufbringung der zur Deckung der laufenden Leistungen benötigten Mittel, d. i. der Beitragsleistung, zusammen. Es erscheint daher nicht angängig, bei Streit über die Verpflichtung zur Entrichtung der nach § 1392 RVO. in der Fassung des Art. II des Gesetzes vom 20. 5. 20 über Abänderung der Leistungen und der Beiträge zur Invalidenversicherung (RGBl. S. 1091) festgesetzten Beiträge das Streitverfahren nach § 1459 RVO. zuzulassen, soweit aber die Verpflichtung zur Entrichtung des erhöhten Beitrags nach § 5 des Gesetzes vom 26. 12. 20 in Frage steht, die Anwendbarkeit des § 1459 RVO. zu verneinen.

Dies hieße zweierlei Recht in ein und derselben Sache schaffen. Ebenso wie der Streit darüber, in welcher Lohnklasse Beiträge zu entrichten sind, ein Streit über die Beitragsleistung ist, ebenso muß der Streit darüber, in welcher Höhe in der einzelnen Lohnklasse die Beiträge zu berechnen sind, als ein Streit über die Beitragsleistung angesehen werden. Wie sich der gelegentlich des Einkaufs der Beitragsmarken, also bei der Beitragsleistung zu zahlende Betrag im inneren Verkehr zwischen Postanstalten und Landesversicherungsanstalten verteilt, ist für den seine Beiträge leistenden Arbeitgeber bzw. Versicherten bedeutungslos. Nachdem gemäß § 5 Abs. 2 des Gesetzes vom 26. 12. 20 die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über die Entrichtung der Beiträge durch die Arbeitgeber (§§ 1426 ff.), also die Verpflichtung des Arbeitgebers zur Beitragsentrichtung, die Verpflichtung des Versicherten zum Abzug der Hälfte des Betrages bei der Lohnzahlung usw. auch für den erhöhten Beitrag gelten, so muß dies auch hinsichtlich der bei Streit über die Beitragsleistung vorgesehenen Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung der Fall sein. Die Anwendbarkeit des § 1459 RVO. bei Streit über die Entrichtung des erhöhten Beitrags ist daher zu bejahen.

Die Zuständigkeit des Städtischen Versicherungsamtes München zur Entscheidung der vorliegenden Streitsache ergibt sich dann ohne weiteres aus den §§ 1780, 1785 RVO.

Was nun die materielle Würdigung der Streitfrage betrifft, so war das Begehren der Beschwerdeführerin abzulehnen: Nach § 9 des Gesetzes vom 26. 12. 20 tritt die Berechnung der Beiträge zum doppelten Geldwert ab 20. Dezember 1920 in Kraft. Damit ist von diesem Tage ab jede Möglichkeit ausgeschlossen, für die Zeit nach dem 20. Dezember 1920, dem Tage, von dem ab die nunmehr zum Doppelten ihres Nennwertes abzugebenden Beitragsmarken in Geltung getreten sind, noch Marken zum einfachen Geldwert zu erhalten. Es lag dies auch, wie sich aus der Entstehungsgeschichte des Gesetzes vom 26.12.20. ergibt, durchaus in der Absicht des Gesetzgebers.

Die Abgabe wäre aber auch aus formellen Gründen gar nicht möglich. Die Beitragsleistung erfolgt, soweit nicht das im vorliegenden Falle nicht in Frage kommende Einzugsverfahren (§§ 1447 ff. RVO.) Platz greift, durch den Verkauf von Beitragsmarken, welche die Landesversicherungsanstalten ausgeben. Verkaufsstellen sind in der Regel die Postanstalten; es steht aber nichts im Wege, daß auch die Landesversicherungsanstalten aus ihren Beständen Marken unmittelbar abgeben, wie dies ja z. B. auch bei der Überwachung der Beitragsentrichtung (§§ 1465 ff. RVO.) geschieht. An den festgesetzten Verkaufswert der Beitragsmarken sind aber, wie ein Bescheid des Reichsarbeitsministers vom 16. 2. 21 auf eine vom Stadtrat München gegen die hier einschlägigen Bestimmungen des Gesetzes vom 26. 12. 20 eingereichte Beschwerde ausdrücklich feststellt, auch die Landesversicherungsanstalten gebunden. Der Verkaufswert ist nicht dem Ermessen der Landesversicherungsanstalten überlassen, sondern wird durch das Gesetz bestimmt. Das Gesetz schreibt aber die Berechnung des doppelten Nennwertes beim Ankauf nach dem 20. Dezember 1920 vor; es hat bewußt von Ausnahmebestimmungen hinsichtlich der Verwendung von nach diesem Tage gekauften Marken für die Zeit vor dem 20. Dezember 1920 Abstand genommen.

An sich wären solche Ausnahmebestimmungen nur für die Fälle nötig gewesen, in denen ein Arbeitgeber ohne Verschulden am 20. Dezember 1920 mit der Beitragsleistung im Rückstand war, d. i. da die Beiträge gemäß § 1428 RVO. jeweils bei der Lohnzahlung zu entrichten sind, nur für die Fälle, in welchen eben wie z. B. bei Monatszahlungen in die Woche vor dem 20. Dezember 1920 eine Lohnzahlung nicht fiel. In allen anderen Fällen war die Verpflichtung des Arbeitgebers zur Beitragsentrichtung schon vorher gegeben, liegt also ein Versäumnis des Arbeitgebers vor; er hat es sich daher selbst zuzuschreiben, wenn er durch eine zwischen dem Tage, an welchem er zur Beitragsentrichtung ver-

Digitized by Google

pflichtet war, und demjenigen Tage, an welchem er dieser Verpflichtung erst nachkommt, infolge gesetzlicher Maßnahmen eingetretene Beitragserhöhung Mehraufwendungen zu machen hat. Nur in den vorgenannten Ausnahmefällen kann daher das Versicherungsamt eine Härte des Gesetzes vom 26. 12. 20 anerkennen. Es bedauert es im Interesse des Vertrauens der Bevölkerung in die Gerechtigkeit der Gesetzgebung, im Interesse der Autorität des Staates und des von ihm vor allem aufrecht zu erhaltenden Grundsatzes von Treu und Glauben im öffentlichen Verkehr, daß durch das Gesetz vom 26. 12. 20 hier Ausnahmen nicht getroffen worden sind. Es ist aber nicht in der Lage diesem Unterlassen durch Berechtigung des Gesetzes im Wege der Rechtsprechung zu begegnen.

Dies wäre ihm nur auf dem Wege der Ungültigkeitserklärung der hier einschlägigen Vorschriften des Gesetzes vom 26. 12. 20 möglich. Hierzu besteht aber kein Anlaß. Die für den Erlaß eines Gesetzes im Fünften Abschnitt der Reichsverfassung vom 11. August 1919 (RGBl. S. 1383) erlassenen Vorschriften (Art. 68, 70) sind beachtet; von den dort vorgesehenen Einspruchsmitteln (vgl. Art. 72 ff.) ist kein Gebrauch gemacht worden. Auch Art. 71 der Reichsverfassung, wonach an sich Reichsgesetze erst mit dem vierzehnten Tage nach Ablauf der Ausgabe des einschlägigen Reichsgesetzblattes in der Reichshauptstadt in Kraft treten, steht hindernd nicht im Wege, da dies nur so weit gilt, als hinsichtlich des Inkrafttretens „nichts anderes bestimmt" ist. Dies ist aber in § 9 des Gesetzes geschehen. Damit entfällt die Regel des Art. 71 der Reichsverfassung.

Die Beschwerdeführerin wendet sich nach allem zu Unrecht gegen die ihr auferlegte Verpflichtung, die von ihr für die Zeit vor dem 20. Dezember 1920 noch benötigten Beitragsmarken zum doppelten Nennwert zu kaufen.

C. Zur Militärversorgung.

Unfall auf dem Wege zum Dienst.

Rek. Entsch. des **Reichs-Militärversorgungsgerichts** vom 1. Juni 1920 (Entsch. 1 S. 117).

. . . Nach der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts auf dem der Militärversorgung nahe verwandten Gebiete der Unfallversicherung wird bei den Wegen des Arbeiters von seiner außerhalb der Betriebsstätte befindlichen Wohnung zur Betriebsstätte und von dieser zur Wohnung die eigenwirtschaftliche Tätigkeit des Arbeiters im Gegensatz zur Betriebstätigkeit in den Vordergrund gestellt (zu vgl. Handb. der Unfallversf. Bd. I S. 109). Demnach werden Unfälle, die der Arbeiter auf solchen Wegen erleidet, regelmäßig nicht als Betriebsunfälle anerkannt. Dieser Grundsatz wird auch auf dem Gebiete der Militärversorgung im allgemeinen Anwendung zu finden haben. Nur bei besonders gestalteten dienstlichen Verhältnissen wird der Weg von der Wohnung zum Ort der dienstlichen Tätigkeit und umgekehrt der Ausübung des Dienstes zugerechnet werden können. Solche Verhältnisse lagen aber hier vor.

Unter gewöhnlichen friedensmäßigen Umständen werden die Truppenteile in Kasernen in der unmittelbaren Nähe ihrer gewöhnlichen dienstlichen Tätigkeit untergebracht. Insbesondere ist es fast ausnahmslose Regel, daß die Fahrer in der Nähe der Stallungen und Fahrzeuge untergebracht sind. Der Verkehr vom Quartier zum Dienst und umgekehrt verläuft somit für gewöhnlich im Rahmen des laufenden Dienstes. Vorliegend war aber, wie aus dem Schreiben des Kolonnenführers hervorgeht, die Unterbringung aus zwingenden Gründen anders geregelt. Infolgedessen verlief der Dienst der Kolonne anders als bei der sonst üblichen Art der Unterbringung. Die Vorbereitung und die Beendigung der dienstlichen Tätigkeit mußte sich in dem weit entfernten Bürgerquartier abspielen. Auch einzelne Mannschaften mußten den Weg zum Dienst und umgekehrt in dienstlicher Kleidung und Ausrüstung schon deshalb zurücklegen, weil die Möglichkeit nicht bestand, sich an der Dienststelle umzukleiden und dort die Ausrüstungsgegenstände aufzubewahren. Körperliche Reinigung, Einnehmen der Mahlzeiten, Einhalten der Ruhepausen bedingten einen ständigen Verkehr zwischen Quartier und Stallungen. Dieser Verkehr diente somit nicht rein eigenwirtschaftlichen Zwecken, sondern stand im steten und engen Zusammenhange mit der militärischen Tätigkeit. Daß unter solchen Umständen eine Trennung der eigenwirtschaftlichen und dienstlichen Tätigkeit nur ausnahmsweise möglich ist, liegt auf der Hand. Es muß deshalb davon ausgegangen werden, daß Militärpersonen, die aus besonderen dienstlichen Gründen außerhalb des Ortes ihrer gewöhnlichen militärischen Beschäftigung untergebracht werden müssen, sich auf den Wegen von dem Quartier zum Dienst und umgekehrt in Ausübung des Dienstes befinden. Da diese tatsächlichen Verhältnisse für den Kläger zutreffen, hat er den Unfall während der Ausübung des Dienstes erlitten und somit nach § 1 Abs. 1 in Verbindung mit § 3 Abs. 1 des MVG. Anspruch auf Versorgung. Daran kann der Umstand nichts ändern, daß sich der Kläger, um schneller nach

Digitized by Google

Hause zu kommen, eines verkehrsüblichen Beförderungsmittels bedienen wollte. Ebensowenig kann von Bedeutung sein, daß er hierbei unbesonnen gehandelt hat, da nach dem Wortlaut des § 3 Abs. 2 des MVG. nur eine vom Verletzten vorsätzlich herbeigeführte Gesundheitsstörung nicht als Dienstbeschädigung gilt. Durch sein Verhalten, das zweifellos gegen jede vernünftige Überlegung verstieß, trat der Kläger auch nicht aus dem Rahmen der Ausübung des Dienstes heraus (zu vgl. grundsätzl. Entsch. des Großen Senats des Reichsversicherungsamts, Amtl. Nachr. 1920 S. 151 Nr. 3034). Schließlich kann auch der Umstand nicht zu einer anderen Auffassung führen, daß der Kläger schon vor seiner Versetzung zur Kolonne im Bürgerquartier gewohnt hat und ihm gestattet worden war, sein früheres Quartier zu behalten. Ausschlaggebend bleibt, daß er aus zwingenden dienstlichen Gründen außerhalb des Ortes seiner dienstlichen Tätigkeit wohnen mußte . . .

Wirksamkeit der Zustellung an einen Minderjährigen nach Eintritt der Volljährigkeit.

Rek. Entsch. des **Reichs-Militärversorgungsgerichts** vom 7. Oktober 1920 (Entsch. 1 S. 166).

Die Vorinstanz hat ebenso wie die oberste Marineverwaltungsbehörde die Prüfung der Frage unterlassen, ob die am 30. September 1912 erfolgte Zustellung des Bescheids an den Kläger rechtswirksam, d. h. geeignet gewesen ist, die sechsmonatige Klagefrist vom Tage der Zustellung an in Lauf zu setzen. Der Senat hat diese Frage verneint. Der Kläger ist damals noch minderjährig gewesen. Nach den maßgebenden Vorschriften des bürgerlichen Rechts ist ein Minderjähriger prozeßunfähig. Nur für gewisse Kreise von Rechtsgeschäften kann ihm die unbeschränkte Geschäfts- und damit die Prozeßfähigkeit zugesprochen werden (zu vgl. § 112 Abs. 1 und § 113 Abs. 1 des BGB.). Die Reichsversicherungsordnung verleiht allerdings einem Minderjährigen, der das 16. Lebensjahr vollendet hat, in mehrfacher Beziehung (§§ 1591 Abs. 3, 1650 Abs. 3, 1658 Abs. 2) die Prozeßfähigkeit. Entsprechende Sonderbestimmungen sind dem Militärversorgungsrecht indessen fremd, so daß sich eine Erörterung der Frage, ob und inwieweit sie geeignet sind, die Rechtswirksamkeit der Zustellung zu beeinflussen, erübrigt. Es muß hier also von dem Grundsatze ausgegangen werden, daß die Zustellung für nicht prozeßfähige Personen, wenn sie Rechtswirksamkeit haben soll, nicht an diese selbst erfolgen darf, sondern an ihre gesetzlichen Vertreter (Inhaber der elterlichen Gewalt, Vormund, Pfleger) zu bewirken ist (zu vgl. v. Olshausen-Dorn, Versorgungsansprüche der Kriegsbeschädigten und Hinterbliebenen vor den Militärspruchbehörden S. 249 und Erlaß des Reichsarbeitsministeriums IV Nr. 420 Z A 3 vom 26. Januar 1920, Amtl. Nachr. des Reichsarbeitsministeriums 1920, Heft 3 Nr. 29). Die Zustellung an den minderjährigen Kläger ist demnach rechtsunwirksam gewesen. Da er indessen inzwischen volljährig geworden ist, war weiter zu prüfen, inwieweit diese Tatsache geeignet war, den Mangel in der Zustellung des Bescheides zu heilen und nachträglich noch den Lauf der Klagefrist zu bewirken. Auf dem Gebiete der Unfallversicherung ist anerkannt, daß die Rechtsmittelfrist in Fällen, in denen die Zustellung wegen Prozeßunfähigkeit des Empfängers unwirksam war, mit demjenigen Tage beginnt, an dem der Empfänger prozeßfähig geworden ist und die Verfügung über den zugestellten Bescheid erlangt hat (Handb. der Unfallvers. 3. Aufl. Bd. I S. 501 Anmerk. 6 zu § 76 GewUnfVersGes.). Ob dieser Grundsatz, nach dessen Fassung die Möglichkeit der Verfügung über das zuzustellende Schriftstück für die Rechtswirksamkeit der Zustellung unter allen Umständen ausreichen würde, uneingeschränkt auch in der Militärversorgung auf Minderjährige Anwendung finden kann, bedurfte hier im Hinblick auf die besonderen Umstände des Falles keiner Entscheidung. Der Kläger ist am 24. Dezember 1914 volljährig geworden. Den angefochtenen Bescheid hat er erwiesenermaßen damals noch im Besitz gehabt. Er hat auch seinen Inhalt gekannt. Das ergibt sich mit voller Sicherheit aus seinen an das Militärversorgungsgericht gerichteten Schreiben vom 9. August 1919 und vom 1. Januar 1920, in denen er erklärt hat, daß er die Berufung nicht vergessen und sich bis zum Jahre 1918 nur deswegen nicht gemeldet habe, weil er gefürchtet hätte, nach Flandern geschickt zu werden. Wenn aber ein Minderjähriger bei Erlangung der Volljährigkeit nicht nur über das ihm ausgehändigte Schriftstück noch verfügt, sondern auch über seinen Inhalt unterrichtet ist, so genügt dies unter allen Umständen, um die anfänglich ungültige Zustellung mit dem Eintritt der Volljährigkeit rechtswirksam werden zu lassen. Hiernach hat für den Kläger die sechsmonatige Klagefrist des § 42 Abs. 1 Nr. 2 des MVG. vom 31. Mai 1906 (in der Fassung vor dem Erlaß der Verordnung der Reichsregierung über Änderung des Verfahrens in Militärversorgungssachen vom 1. Februar 1919) am 24. Dezember 1914 begonnen und mit Ablauf des 24. Juni 1915 geendet. Bei diesem Ergebnis konnte es dahingestellt bleiben, ob nicht auch in dem Verhalten des Klägers nach Erlangung der Volljährigkeit eine stillschweigende Genehmigung der fehlerhaften Zustellung erblickt werden müßte (zu vgl. § 579 Ziff. 4 der ZPO., § 108 Abs. 3 des BGB. und Amtl. Nachr. des RVA. 1905 S. 407, Rekursentsch. 2098).

Infolge Unterlassung der Klageerhebung bis zum 24. Juni 1915 ist demnach der Bescheid vom 13. Sep-

Digitized by Google

tember 1912 unanfechtbar geworden; ein Rechtsanspruch auf erneute Prüfung und Entscheidung über seinen Versorgungsanspruch steht dem Kläger nicht mehr zu. Seine Berufung ist daher vom Militärversorgungsgericht zu Recht als gesetzlich unzulässig verworfen.

Sprechsaal.

Anspruch der Landwirtsehefrauen auf Wochenfürsorge.

Wohl bei allen Kassen mit ländlichen Bezirken werden Anträge auf Gewährung von Wochenfürsorge in der Hauptsache von Frauen selbständiger Landwirte gestellt, oder von Frauen der Landwirtssöhne, die noch im Betriebe ihres Vaters oder Schwiegervaters angeblich „unentgeltlich" tätig sind. Gewöhnlich legen die antragstellenden Wöchnerinnen eine Erklärung der Steuerbehörde vor, worin bescheinigt ist, daß sie im Jahre vor der Entbindung ein Einkommen von unter 4000 ℳ versteuert haben. — Bei näherer Erkundigung über die tatsächlichen Erwerbs- und Einkommensverhältnisse wird aber in der Regel festgestellt werden können, daß die betreffende Wöchnerin samt ihrer Familie im Jahr vor der Entbindung ihren ganzen Lebensunterhalt aus dem Erträgnis der eigenen Landwirtschaft, oder der Landwirtschaft des Vaters oder Schwiegervaters bestritten hat. Die Bestreitung des Lebensunterhaltes für ein ganzes Jahr muß nun unter den heutigen Verhältnissen weit höher bewertet werden wie 4000 bis 5000 ℳ, wobei es unseres Erachtens ohne Belang sein dürfte, wie hoch die betreffende Wöchnerin den Wert der Naturalbezüge anschlägt.

Unter den geschilderten Umständen dürfte keine Krankenkasse die Wochenfürsorge zur Auszahlung bringen, da in all diesen Fällen Tatsachen die Annahme rechtfertigen, daß eine Wochenhilfe nicht benötigt wird (§ 17 Abs. 2 des Ges. vom 30. 4. 20). Die Anspruchsberechtigung muß in allen Fällen um so gründlicher geprüft werden, da es sich um Reichsmittel handelt, über welche die Krankenkassen verfügen. Keine Kassenverwaltung dürfte den Standpunkt einnehmen: „Es geht ja nicht aus unseren eigenen Mitteln!"

Das Versicherungsamt Lahr hat in einer Beschwerdesache über einen der geschilderten Fälle folgende Stellung eingenommen:

„Die Eheleute H. führen mit ihrem Vater bzw. Schwiegervater, dem Landwirt S., zusammen einen gemeinsamen Haushalt. S. gehört nach den dortigen Angaben zu den mittleren Landwirten. Schwiegersohn und Tochter helfen ihm beim Betrieb der Landwirtschaft ständig mit und erhalten hierfür, was sie für sich zur Ernährung benötigen. Sie werden später das Anwesen zu Eigentum übernehmen. Eine Kuh und ein kleines Kapitalvermögen besitzt H. noch selbst.

Eine Wöchnerin braucht dann nicht als minderbemittelt angesehen zu werden, wenn Tatsachen die Annahme rechtfertigen, daß die Beihilfe des Reiches nicht benötigt wird. An der Einkommensgrenze von 4000 ℳ im Steuerjahr 1919 braucht daher nicht festgehalten werden (§ 17 des Ges. v. 26. 9. 19/30. 4. 20). Es steht fest, daß die Eheleute H., die weitere Kinder nicht haben, alles was sie zur Ernährung benötigen, entweder selbst erzeugen oder als Gegenleistung für Arbeiten erhalten. Falls sie Auslagen haben, müssen sie sich für die Arbeitsleistungen von S. genügend entlohnen lassen. Es wäre unseres Erachtens der Allgemeinheit gegenüber nicht zu rechtfertigen, die Eheleute H. als minderbemittelt anzuerkennen und ihnen die Wochenfürsorge zu Lasten des Reiches — also öffentliche Mittel — zu gewähren, während sie dem S., der zu den mittleren Landwirten gehört, und deshalb in der Lage ist, für geleistete Arbeiten nicht nur Natural-, sondern auch angemessenen Barlohn zu gewähren, angeblich nur für die erforderlichen Sachbezüge ihre Kräfte zur Verfügung zu stellen."

G. König, Geschäftsführer
der Allgem. Ortskrankenkasse Lahr i. B.

Zu §§ 219, 222 RVO.

Die von verschiedenen Seiten lautgewordenen Anregungen auf Abänderung des § 222 RVO. geben zu folgender Äußerung Anlaß:

Überweisungen gehören bei den jetzigen Verhältnissen wohl zu den Seltenheiten und werden kurzsichtigerweise mitunter dazu benutzt, einer anderen Kasse Mehrkosten aufzubürden. Dies ist aber sicher nicht der Zweck des § 219, der auch bezüglich des Zeitpunktes der Leistungspflicht der ersuchten Kasse oft Anlaß zu einem Streite gibt.

Wenn auch befristete Überweisungen im Hinblick auf die Entscheidung des Oberversicherungsamts Berlin 19. 2. 17 (Monatsschrift 1918 Sp. 259) nicht mehr erfolgen dürfen, versuchen es manche Kassen mit bedingten Überweisungen, indem sie die Wirksamkeit derselben z. B. von dem — durch die ersuchte Kasse festzustellenden! — Familienstand des Versicherten abhängig machen.

Dagegen wird ein Ersuchen um Annahme der Überweisung vom Beginn der Krankheit an in der Regel dann übernommen werden können, wenn dieses Ersuchen alsbald nach Eintritt des Krankheitsfalles erfolgte.

Da bedauerlicherweise die wenigsten Kassen den Vereinbarungen über die Durchführung des § 219 ff. beigetreten sind, dürfte eine die bisher zutage getretenen Mißstände beseitigende gesetzliche Regelung am Platze sein.

Solange der Höchstsatz des Grundlohnes für Ersatzleistungen nach § 222 RVO. nicht bis auf 10 ℳ herabgesetzt ist, werden Überweisungen in höheren Grundlohnstufen unterbleiben oder den ersuchten Kassen Gelegenheit zur Deckung ihrer Ausgaben für Krankenpflege bieten. Eine allenfallsige Herabsetzung würde daher nur die ersuchten Kassen schädigen, was unbedingt vermieden werden soll. — Dagegen erscheint es zweckmäßig, die Ersatzleistung in der Weise zu regeln, daß entsprechend der Vorschrift in §§ 1503, 1514 RVO. bestimmt würde, daß für Krankenpflege drei Achtel des Grundlohnes zu ersetzen sind, wenn nicht ein höherer Aufwand nachgewiesen wird. Hierdurch würde eine einerseits einfache Abrechnung, anderseits aber auch die Geltendmachung von Mehrkosten ermöglicht und die Wahl über die Art der Abrechnung der ersuchten Kasse überlassen.

Digitized by Google

Bei Krankenhauspflege sind nach den jetzigen Bestimmungen mangels einer dem § 1503 Abs. 2 entsprechenden Vorschrift die vollen Verpflegungskosten zu ersetzen; jedenfalls sind daneben auch allenfalls erwachsende Operationskosten usw. zu ersetzen, weil mit Aufnahme des Überwiesenen in ein Krankenhaus die Voraussetzungen des Ersatzanspruches nach § 222 RVO. entfallen.

Da Familienhilfe mehr und mehr eingeführt wird, dürfte in sinngemäßer Anwendung des § 219 Abs. 2 die ausdrückliche Regelung des Ersatzanspruches in § 222 RVO. angebracht sein. K. P.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Die schwedische Sozialversicherung.

Einem Berichte der „Sozialen Praxis" vom 17. 11. 20 über einen Vortrag von Wilhelm Janſſon, Sozialattaché an der Königl. Schwedischen Gesandtschaft zu Berlin, entnehmen wir auszugsweise folgendes:

Die schwedische Sozialversicherung umfaßt bisher die Gebiete der Unfallversicherung, Krankenversicherung, Invaliditäts- und Altersversicherung und eine Unfallversicherung für die Fischerei. Daneben besteht seit 1914/15 eine staatliche kommunale Arbeitslosenfürsorge. Die Verwaltung der Unfallversicherung erfolgt teils durch die staatliche Reichsversicherungsanstalt, teils durch freiwillige Berufsgenossenschaften der Arbeitgeber. Die Invaliditäts- und Altersversicherung oder, wie sie in Schweden heißt, die Pensionsversicherung, wird durch eine zentrale Staatsbehörde, den Pensionsvorstand, verwaltet, in welchen die Regierung Vertreter der gewerblich organisierten Arbeiter und Arbeitgeber beruft. Die Krankenversicherung, die bisher eine freiwillige ist, beruht auf der freiwilligen Kassenorganisation. Die Arbeitslosenfürsorge erfolgt durch die Gemeinde und Gemeindeverbände mit staatlicher Unterstützung. Das Ganze ist dem Sozialministerium unterstellt.

Die Unfallversicherung ist obligatorisch. Nach dem Gesetz vom 17. 7. 1916 und den seitdem darin vorgenommenen Änderungen ist jeder Arbeiter gegen Unfall versichert. Dem Berufsunfall gleichgestellt ist ein Unfall auf dem Wege zu oder von der Arbeitsstelle, wenn er im Zusammenhang mit der Anstellung auf dem betreffenden Arbeitsplatze erfolgte. Der Begriff „Arbeiter" ist dahin gezogen, daß jeder, der für Rechnung eines Dritten gegen Entgelt beschäftigt wird, ohne in seinem Verhältnis zum Auftraggeber als selbständiger Unternehmer zu fungieren, versicherungspflichtig ist, ebenso, wer zwecks Berufsausbildung ohne Entgelt beschäftigt wird. Als Arbeiter wird nicht angesehen, wer die Arbeit in seinem eigenen Heim ausführt oder auf einer Arbeitsstelle, die er selbst bestimmt. Auch nicht Kinder, Adoptivkinder, Eltern oder Adoptiveltern des Arbeitgebers. (Der Reichstag 1920 hat bezüglich der Kinder des Arbeitgebers jedoch beschlossen, daß nur die Kinder, die in häuslicher Gemeinschaft mit ihren Eltern leben, nicht versicherungspflichtig sind.) Ferner ist nicht versicherungspflichtig, wer bei seinem Arbeitgeber eine Entlohnung von mehr als 9000 Kr. pro Jahr erhält, sowie Minderjährige unter 12 Jahren oder schließlich jemand, der nur gelegentlich einem anderen, der sonst keine Arbeiter beschäftigt, einen Dienst leistet. Die Zahl der Versicherten ist zur Zeit etwa 1,35 Millionen Personen. Aus dem Gesagten geht hervor, daß auch die Angestellten im Rahmen des Gesetzes versicherungspflichtig sind, sofern sie nicht unter die auch für die „Arbeiter" im deutschen Sinne geltenden Einschränkungen fallen. Der Arbeitgeber kann die Versicherung nach freier Wahl entweder bei der Reichsversicherungsanstalt des Staates oder bei einer Berufsgenossenschaft bewerkstelligen.

Der Versicherte hat Anrecht auf ein Krankengeld für die Dauer der durch den Unfall hervorgerufenen Krankheit, für die ersten 35 Tage jedoch nur im beschränkten Umfang. Das Krankengeld beträgt zwei Drittel des Arbeitsverdienstes, resp. des Betrages, um den die Arbeitsfähigkeit vermindert wurde, jedoch nicht weniger als ein Viertel des Arbeitsverdienstes. Die Renten bei dauernden Unfallschäden werden nach den gleichen Grundsätzen bemessen, doch nicht für weniger als ein Zehntel der Arbeitsfähigkeit. An Hinterbliebenenfürsorge wird gewährt: an die Witwe oder den Witwer ein Viertel des Arbeitsverdienstes, an die Kinder bis zum 15. Lebensjahre ein Sechstel, und an Vater und Mutter, wenn sie von dem durch den Unfall Verstorbenen ernährt wurden, ein Viertel des Arbeitsverdienstes, jedoch nicht mehr als zusammen zwei Drittel des Arbeitsverdienstes. Wenn besondere Gründe vorliegen, kann die Rente auf Antrag des Beschädigten kapitalisiert werden. Bei Eingehung einer neuen Ehe eines Rentenbeziehers (Hinterbliebenen) wird eine einmalige Entschädigung von drei Vierteln des Jahresverdienstes des Gestorbenen gewährt. Als Jahresarbeitsverdienst wird das tatsächlich verdiente Einkommen beim Arbeitgeber gerechnet, jedoch nur bis zum Betrage von 2400 Kr. jährlich.

Die Versicherungsanstalt ist berechtigt, den Verletzten in Krankenhauspflege zu nehmen, wenn der ärztliche Befund solche Pflege erfordert. Für die Zeit der Krankenhausbehandlung darf die Anstalt das Krankengeld um die Hälfte kürzen. Die Versicherungsanstalt kann Trunkenbolden die Entschädigung in natura gewähren. Mit Einvernehmen eines Rentenbeziehers kann sie diesem auch Aufenthalt in einem Altersheim, Kinderstift oder einer anderen ähnlichen Anstalt bereiten. Entschädigung wird nicht gezahlt, wenn der Unfall vorsätzlich herbeigeführt wurde. Sie kann herabgesetzt werden, wenn der Beschädigte durch Fahrlässigkeit, durch Alkoholgenuß oder Außerachtlassung der Unfall-Schutzvorschriften oder Versäumnis angeordneter ärztlicher Hilfe bzw. Krankenhausbehandlung den Unfall mitverschuldete oder die Unfallfolgen verschlimmerte.

Bei der Bemessung der Rente wird derjenige Teil des Arbeitsverdienstes, der 2400 Kr. übersteigt, nicht in Rechnung gezogen. War der Arbeitsverdienst niedriger als 450 Kr., soll diese Summe in Anrechnung gebracht werden.

Beschwerdeinstanz gegen die Entscheidung der Versicherungsträger ist der Versicherungsrat, der aus einem vom Staate berufenen Vorsitzenden und Vertreter der Arbeiter und Arbeitgeber besteht. Die Berufsgenossenschaften der Arbeitgeber müssen die Bestimmungen der Staatsanstalt erfüllen.

Digitized by Google

Für die Fischerei ist ein besonderes Unfallversicherungsgesetz vom 11. Juni 1918 erlassen. Diese Versicherung beruht auf freiwilliger Grundlage.....

Die zweite große obligatorische Versicherungsart ist die Pensionsversicherung, die auf Grund eines Gesetzes vom 30. Juni 1913 durchgeführt ist. Sie ist eine kombinierte Invaliditäts- und Altersversicherung, die bis auf wenige Ausnahmen (in der Hauptsache pensionsberechtigte Beamte) das gesamte Volk im Alter vom 16. bis 67. Lebensjahre umfaßt. Zur Zeit sind etwa 3,4 Millionen Personen versichert. Die Bevölkerungszahl ist etwa 6 Millionen. Eine freiwillige Versicherung der Kinder unter 16 Jahren ist zugelassen. Außerdem kann jeder Versicherte aus eigenem Antrieb eine Zuschuß-Versicherungsprämie bis zu 100 Kr. im Jahre leisten, die ihm bei der künftigen Rentengewährung zugute kommt. Die Versicherten sind in 3 Klassen eingeteilt, und zwar in Einkommenklassen von über 500, 800 und 1200 Kr. Jahreseinkommen. Sie zahlen einen Grundbeitrag von 3 Kr. pro Jahr, der mit der Gemeindesteuer zusammen erhoben wird, und Einkommenzuschläge in den 3 Einkommenklassen von 2, 5 und 10 Kr. jährlich, deren Erhebung mit der Staatssteuer erfolgt. Eine Beitragspflicht der Arbeitgeber besteht nicht. Dagegen werden erhebliche Zuschüsse aus öffentlichen Mitteln gezahlt, die zu drei Viertel vom Staate und ein Viertel von den Gemeindeverbänden getragen werden. Nach dem Voranschlag für das Jahr 1921 wird die Prämie der Versicherten auf 20 Mill. Kr. geschätzt, die Staatszuschüsse auf 34½ Millionen.

Die Leistungen werden fällig bei eintretender Invalidität oder mit dem vollendeten 67. Lebensjahr. Sie betragen: bei Männern 30 vH., bei Frauen 24 vH. der eingezahlten Beiträge. Dazu Staatszuschuß von 150 Kr. für den Mann und 140 Kr. für die Frau jährlich, sofern das Jahreseinkommen beim Mann nicht 300 Kr., bei der Frau 283 Kr. übersteigt. Ferner wird als Zuschlag aus der Versicherung 0,08 vH. von jeder Beitragskrone gezahlt. Für jedes zu versorgende Kind unter 15 Jahren wird eine Kinderzulage von 75 Kr. gewährt, unter Abzug von sechs Zehnteln von dem Betrag, mit welchem das Jahreseinkommen bei Männern 300 Kr., bei Frauen 283 Kr., also bei Ehegatten zusammen 583 Kr. übersteigt. Die Pension wird nicht in das Jahreseinkommen eingerechnet.

An der Spitze steht eine zentrale Versicherungsanstalt: der Pensionsvorstand, der sich bei seiner Tätigkeit auf die gemeindlich gegliederten Pensionsbezirke mit sogenannten Pensionskommissionen stützt, die die Anträge prüfen, darüber beschließen, das Jahreseinkommen feststellen und die Anwendung des Gesetzes überwachen müssen. Diese Kommissionen werden von den Gemeinden bestellt. Der Pensionsvorstand ernennt seinerseits für die Kontrolle besondere Vertreter, die die Entscheidung der Kommissionen nachprüfen können und im übrigen diesen behilflich sind. Das Recht, Vertreter in die Pensionskommissionen der Gemeinden zu entsenden, steht auch den Kreistagen zu.

Beschwerdeinstanz gegen die Entscheidung der Pensionskommission ist der Pensionsvorstand. Dieser entscheidet, soweit der Versicherte in Frage kommt, endgültig. Mit Genehmigung des Justizkanzlers können die Gemeinde oder der Vorsitzende der Pensionskommission, oder die oben genannten lokalen Vertreter des Pensionsvorstandes und des Kreistages gegen die endgültige Entscheidung des Pensionsvorstandes Beschwerde bei der Regierung führen.

Die bisherige Krankenversicherung ist eine freiwillige, die aber bereits 14 vH. der Bevölkerung erfaßt. Sie wird vom Staate subventioniert in dem Maße, wie sie sich dem Gesetz entsprechend einrichtet und staatlich registriert ist. Das tägliche Krankengeld ist nach dem Gesetz auf 4 Kr. pro Tag nach oben begrenzt. Der Staat zahlt einen Zuschuß von teils 1 Kr. pro Mitglied und bei Fortsetzungskassen nur 25 Oere pro Mitglied. Ferner teils 25 Oere pro Krankentag nach näheren Vorschriften, teils auch 25 vH. der Ausgaben, die die Kasse im vorhergehenden Jahre für freie ärztliche Hilfe und Heilmittel verausgabt hat, jedoch nicht mehr als 1 Kr. pro Mitglied. Für die Jahre 1918/20 sind jedoch besondere Extraleistungen durch den Staat erfolgt, und zwar 2 Kr. pro Mitglied und Jahr an Krankenkassen und 50 Oere an Fortsetzungskassen. Eine ärztliche Hilfe ist nicht im Gesetz vorgesehen, aber die obengenannten Staatszuschüsse für diesen Zweck sollen den Kassen den Übergang zur Gewährung freier ärztlicher Hilfe und Heilmittel erleichtern.....

Zur Zeit liegt eine Vorlage für die Durchführung einer obligatorischen Krankenversicherung vor, die in der jetzigen Umarbeitung dem kommenden Reichstag zur Beschlußfassung unterbreitet werden wird. Es sollen demnach versicherungspflichtig werden alle Männer und Frauen vom 16. Lebensjahre an, sofern sie nicht dauernd arbeitsunfähig oder im öffentlichen Dienst angestellt sind, oder ein Arbeitseinkommen von unter 540 Kr. oder über 8100 Kr. oder ein Kapitalvermögen von mindestens 25 000 Kr. haben. Die Frauen der Versicherten erhalten ohne besonderen Beitrag Krankenpflege und Mutterschaftshilfe; sie können sich durch freiwillige Versicherung ein Krankengeld sichern. Die Zahl der Versicherten würde nach der Vorlage etwa 2 300 000 betragen, darunter 1 450 000 Männer und 850 000 Frauen. Dazu würden etwa 500 000 Ehefrauen der Versicherten kommen, die ein Recht auf Krankenpflege, Mutterschaftshilfe und freiwillige Versicherung haben würden. Von den 2 300 000 Versicherten sind etwa 1 200 000 eigentliche Lohnarbeiter. Die verbleibende 1 Million wird im wesentlichen aus Familienangehörigen der Versicherten aus der Landwirtschaft oder anderen Erwerbszweigen bestehen, die zwar rechtlich nicht als Lohnarbeiter tätig sind, aber in wirtschaftlicher Hinsicht diesen gleich erachtet werden können.

Die Einnahmen der Kassen werden in der Hauptsache auf die Beiträge der Versicherten gestellt, jedoch wird der Staat einen Zuschuß von 13,20 Kr. pro Versicherten und die Hälfte der Kosten für die Krankenpflege vergüten. Man nimmt an, daß der Staatszuschuß etwa 27 Mill. Kr. pro Jahr betragen wird.

Die Versicherung erfolgt in allgemeinen Krankenkassen, deren Tätigkeit sich auf regional abgegrenzte Gebiete erstrecken wird. Als Aufsichtsbehörde wird eine Krankenversicherungsdirektion fungieren, und als höchste Instanz der bei der Unfallversicherung genannte Versicherungsrat. Die Krankenversicherungsdirektion wird wahrscheinlich kein selbständiges Amt werden, sondern mit einem anderen Amte, etwa der Reichsversicherungsanstalt oder dem Pensionsvorstand, verbunden werden. Die Vorlage bestimmt ausdrücklich, daß die Krankenkassen auf Veranlassung der Regierung verpflichtet sind, für andere soziale Einrichtungen tätig zu sein. Hinsichtlich der Leistungen wäre zu bemerken, daß neben

Digitized by Google

einem Krankengeld ärztliche Hilfe gewährt werden soll, daß aber der Versicherte selbst den dritten Teil des Arztehonorars und die Heilmittelkosten tragen soll. In besonderem Falle kann die Kasse die ganzen Kosten übernehmen.

Die Frage der Arbeitslosenversicherung ist Gegenstand von Beratungen der bisherigen Sozialversicherungs-Kommission, die die anderen Vorlagen ausgearbeitet hatte.....

Das Wichtigste über die Versicherungspflicht von Büroangestellten.

Büroangestellte im Hauptberuf sind versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte, soweit sie nicht mit niederen oder lediglich mechanischen Dienstleistungen beschäftigt werden.

Unter niederen Dienstleistungen sind nur gewöhnliche Boten- und Pförtnerdienste, Reinigungs-, Aufräumungs- und ähnliche Arbeiten zu verstehen. Angestellte, die mit diesen Arbeiten beschäftigt werden, unterliegen, falls die niederen Dienstleistungen überwiegen, auch dann nicht dem Versicherungszwange, wenn sie nebenbei gelegentlich schriftliche, nicht mechanische Arbeiten ausführen.

Als mechanische Dienstleistungen kommen nur die reinen Abschreibe- (Kopier-) Arbeiten nach Vorlage oder Diktat (in gewöhnlicher Schrift oder unter Benutzung der Schreibmaschine) in Betracht. Wenn jedoch neben diesen Dienstleistungen nicht mechanische Tätigkeiten verrichtet werden, so besteht die Versicherungspflicht, und zwar auch dann, wenn der überwiegende Teil der Arbeitsleistungen eines mit Schreibarbeiten beschäftigten Angestellten mechanisch zu erledigen ist und in reiner Abschreibearbeit besteht, denn nach dem Wortlaut des Gesetzes sind nur die mit lediglich mechanischen Dienstleistungen befaßten Personen versicherungsfrei. Demzufolge sind alle diejenigen Angestellten bei der Angestelltenversicherung anzumelden, welche neben reinen Abschreibearbeiten kurze Meldungen, kleine Schreiben zu entwerfen oder nach kurzen Angaben niederzuschreiben haben, ferner Stenotypistinnen, welche Schriftsätze, Klagen und Briefe nach Diktat zu stenographieren und die aufgenommenen Stenogramme auf die Schreibmaschine zu übertragen haben (z. B. in Rechtsanwaltsbüros). Sofern die Angestellten Bücher (Materialabrechnungsbuch, Gerätebuch, Arbeits- und Bestellbuch u. ä.) zu führen und Listen (Arbeits-, Lohn- und Materialienlisten usw.) aufzustellen haben, sind sie ebenfalls versicherungspflichtig. Die Führung von Tagebüchern und Terminverzeichnissen sowie die Aktenverwaltung in Registraturen sind nach der Rechtsprechung des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung Dienstleistungen, die nicht als rein mechanische anzusehen sind und demnach Versicherungspflicht begründen. Auch die rechnerische und registrierende Tätigkeit, z. B. in statistischen Büros, ist versicherungspflichtig. Der Umstand, daß alle diese Arbeiten unter Aufsicht und Verantwortung eines anderen oder nach dessen Angaben ausgeführt werden, drückt sie nicht zu niederen oder lediglich mechanischen herab.

Zu den Büroangestellten gehören auch die Bürolehrlinge. Diese sind also (im Gegensatz zu den kaufmännischen Lehrlingen) gleichfalls zu versichern, wenn sie die vorstehend als versicherungspflichtig bezeichneten Tätigkeiten ausüben und ein Entgelt beziehen, das mindestens die Hälfte des Ortslohns für Jugendliche von 16 bis 21 Jahren erreicht.

Beantwortung von Anfragen.

Rechtsauskünfte aus unserem Arbeitsgebiet erteilen wir den Beziehern unserer Zeitschrift bereitwillig, ohne indessen eine Verpflichtung oder eine zivilrechtliche Haftung zu übernehmen. Für schriftliche Auskunft wird Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten, und zwar auch dann, wenn nur Bescheid durch die Zeitschrift erbeten, die Sache aber zur Veröffentlichung an dieser Stelle nach unserem Ermessen nicht geeignet ist.

Wechsel der Kassenzugehörigkeit während der Leistung der Wochenhilfe.

1. **Nach Darmstadt.** Frage: Eine Krankenkasse gewährt anstatt der baren Beihilfen nach § 205a Abs. 3 für die Familienmitglieder der Versicherten Sachleistungen. Nun kommt es vor, daß die Versicherten, deren Angehörige bereits während der Schwangerschaft Arzt, Hebamme usw. wegen Schwangerschaftsbeschwerden in Anspruch genommen hatten, vor der erfolgten Niederkunft die Kasse wechseln. Die leistungspflichtige Kasse erhält nun unseres Erachtens für die Schwangerschaftsbeschwerden, wenn sie selbst für solche nicht in Anspruch genommen worden ist, vom Reiche keinen Ersatz. Die Kasse, welche in Wirklichkeit Aufwendungen für Schwangerschaftsbeschwerden gemacht hat, hat nicht die Möglichkeit, direkt beim Reiche den anteilmäßigen Ersatz anzufordern. Somit geht den Krankenkassen ein Ersatzanspruch an das Reich verloren. Auch wenn die leistungspflichtige Kasse selbst Aufwendungen für Schwangerschaftsbeschwerden gemacht hat, ein anderer Teil dieser Kosten hierfür jedoch von anderen an der Mitgliedschaftszeit des letzten Jahres beteiligten Kassen bezahlt wurde, weil diese Sachleistungen gewährten, kann wohl in vielen Fällen der tatsächliche Kostenaufwand für Schwangerschaftsbeschwerden von der leistungspflichtigen Kasse nicht festgestellt und demzufolge dem Reich nicht in der erforderlichen Höhe in Rechnung gestellt werden. Die an der Mitgliedschaftszeit des letzten Jahres beteiligten Kassen mit Sachleistungen können sogar noch weiteren Schaden dadurch erleiden, daß sie außer den Kosten der Schwangerschaftsbeschwerden, die sie bereits voll bezahlt haben, noch einmal anteilmäßig, nach § 197 RVO. an den Kosten der leistungspflichtigen Kasse teilnehmen müssen. Gibt es einen Ausweg dahin, daß sämtlichen Krankenkassen anteilmäßig der Anteil des Reichs bezüglich der Kosten der Schwangerschaftsbeschwerden angerechnet bzw. zugewendet werden kann?

Antwort: Ihre Anfrage beruht auf einer irrigen Voraussetzung, da Sie offenbar meinen, daß die Kasse, der das versicherte Familienhaupt im Zeitpunkt der Niederkunft seiner Angehörigen angehört, den Erstattungsanspruch gegen das Reich nach § 205a geltend zu machen habe. Nach § 205a Abs. 3 bleibt, wenn der Versicherte „während der Leistung der Wochenhilfe" die Kassenzugehörigkeit wechselt, die erstverpflichtete Kasse für die weitere Durchführung der Leistung zuständig. Sobald eine Kasse auch nur

Digitized by Google

wegen Schwangerschaftsbeschwerden eine Leistung (Sachleistung oder bare Beihilfe) gewährt hat, hat sie, als „erstverpflichtete Kasse", den Fall im Auge zu behalten und, auch wenn vor der Niederkunft ein Wechsel der Kassenzugehörigkeit eintritt, die gesamte geschäftliche Abwicklung des Falles, unter Berücksichtigung der durch den Kassenwechsel etwa eingetretenen Veränderungen in den materiellen Ansprüchen (§ 212 RVO.) durchzuführen (zu vgl. Bescheid des Reichsarbeitsministers in ArbVers. 1920 S. 671 I). Dazu gehört auch die Geltendmachung des Ersatzanspruchs gegen das Reich nach § 205d. Die erstverpflichtete Kasse hat also nach Erledigung des Unterstützungsfalls die Gesamtaufwendungen nachzuweisen und die Hälfte davon als Anteil des Reiches für sich zu beanspruchen, für die andere Hälfte der verauslagten Kosten aber, soweit sie diese nicht aus eigener Pflicht als erstverpflichtete Kasse zu tragen hatte, von den anderen Kassen Ersatz zu fordern. Außerdem bleibt es jeder hiernach mit Kosten belastet bleibenden Kasse überlassen, anteiligen Ersatz dafür von den etwa nach § 197 RVO. in Frage kommenden Kassen zu fordern.

Voraussetzung der Wählbarkeit als Arbeitgebervertreter zum Kassenvorstande.

2. **Nach Elbing.** Frage: Kann der Vorsitzende einer Landkrankenkasse, der sein Grundstück verkauft hat und somit als Arbeitgeber nicht mehr in Frage kommt, bei einer Neuwahl des Vorstandes der Kasse aus dem Grunde zur Wahl wiederaufgestellt werden, weil er als Vorsitzender Arbeitgeber der Kassenangestellten ist? Nach unserer Ansicht dürfte der Vorschlag zur Wahl zulässig sein.

Antwort: Wir können dieser Ansicht nicht beipflichten. Wenn ein Vorstandsmitglied, das als Arbeitgeber gewählt worden ist, diese Eigenschaft verliert, so verliert es damit auch seine Wählbarkeit und ist durch die Aufsichtsbehörde seines Amtes zu entheben (§ 24 RVO.). Solange die Enthebung nicht stattgefunden hat, behält das Vorstandsmitglied freilich sein Amt. Aber dessen Besitz ist dann fehlerhaft, und es würde dem Geiste der gesetzlichen Vorschriften widersprechen, wenn nun auf Grund eines solchen fehlerhaften Besitzes eine Wahl für ein Amt stattfinden würde, und zwar für eine Zeit, wo die Wählbarkeit nicht besteht. Unmöglich kann ein Amt, das die Wählbarkeit voraussetzt, jemandem, der es ohne diese Voraussetzung besitzt, von neuem auf Grund dieses fehlerhaften Besitzes übertragen werden.

Beschwerden bei der Fehlgeburt als Schwangerschaftsbeschwerden.

3. **Nach L.** Antwort: An der Anmerkung zum Bescheide des Reichsarbeitsministers v. 26. 9. 19 (ArbVers. 1917 S. 26) haben wir uns dahin geäußert, daß, wenn vor oder auch nur bei der Fehlgeburt Hebammendienste oder ärztliche Behandlung notwendig geworden sind, die Schwangerschaftsbeihilfe (§ 195a Abs. 1 Ziff. 3) zu gewähren ist. Dies steht im Einklang mit dem Bescheide des Reichskanzlers (Reichsamt des Innern) v. 25. 6. 15 (ArbVers. 1915 S. 564). Dort heißt es: „Sobald freilich die Fehlgeburt eintritt, wird von da an von der Behandlung von Schwangerschaftsbeschwerden wohl nicht mehr gesprochen werden können. Dementsprechend würden Kosten für eine dann etwa nötige Nachbehandlung nicht mehr unter die Leistungen aus den Bekanntmachungen über Reichswochenhilfe zu rechnen sein." Die mit der Fehlgeburt selbst verbundenen Beschwerden werden also noch den Schwangerschaftsbeschwerden zugerechnet. Anscheinend abweichend hiervor geht allerdings die grundsätzliche Entsch. des RVA. 2268 (Amtl. Nachr. 1916 S. 742, ArbVers. 1917 S. 84) davon aus, daß der Eintritt der Fehlgeburt nicht mehr ein Teil der Schwangerschaft, sondern ein auf regelwidrigem Verlauf der Schwangerschaft beruhendes „krankheitbehaftetes" Ereignis sei, das „in der Regel" nicht unter den Schutz der Wochenhilfe falle, sondern je nach Lage des Falles als Krankheit unter die Regelleistung der Krankenhilfe gehöre. Wir meinen aber: Wenn es nicht zu einer Entbindung, sondern zu einer Fehlgeburt, zur Ausstoßung einer unreifen Frucht kommt, so ändert das nichts an der Tatsache, daß die Versicherte bis zu diesem Ereignis schwanger war und daß die Beschwerden dieses Zustandes, einschließlich des ihn erst abschließenden Aktes der Fehlgeburt, Schwangerschaftsbeschwerden waren, die daher die regelmäßigen Ansprüche auf Wochenhilfe, insbesondere auf die Beihilfe aus § 195a Abs. 1 Ziff. 3 RVO. und nur möglicherweise noch darüber hinaus Ansprüche auf Krankenhilfe aus § 182 RVO. erzeugten. Hat daher in einem solchen Falle die leistungspflichtige Kasse jene Beihilfe im Betrage von 25 ℳ gezahlt, so steht ihr auch unter den Voraussetzungen des § 197 RVO. der dort bezeichnete Erstattungsanspruch an andere Kassen zu.

Rechtsweg für Ansprüche von Arbeitgebern oder Ärzten gegen die Krankenkasse aus Geschäftsführung oder Bereicherung.

4. **Nach Beckum.** Antwort: Wenn die Arbeitgeber der Versicherten den Arzt bezahlt haben und ihren Erstattungsanspruch gegen die Krankenkasse auf § 677 BGB., also auf den Rechtsgrund der Geschäftsführung ohne Auftrag stützen, so handelt es sich um einen bürgerlichen Rechtsstreit, über den die ordentlichen Gerichte zu entscheiden haben, wenngleich einzelne Voraussetzungen des Anspruchs nach den Vorschriften der RVO. zu beurteilen sind. Das gleiche gilt, wenn der von den Versicherten in Anspruch genommene Arzt Bezahlung für die geleistete ärztliche Hilfe von der Kasse fordert, sei es, daß er die Klage auf § 677 BGB. oder auf § 812 BGB., also auf ungerechtfertigte Bereicherung gründet (zu vgl. Hahn in ArbVers. 1900 S. 4, auch ArbVers. 1906 S. 379, 1915 S. 834).

Eigene Abgabestellen der Krankenkassen für Heilmittel.

5. **Nach Crefeld.** Antwort: Die Kassen sind befugt, eigene Abgabestellen für alle Heilmittel einzurichten, die dem freien Verkehr überlassen sind. Zu vgl. Entsch. des preuß. ObVerwGer. in ArbVers. 1909 S. 28, auch 1916 S. 816 Ziff. 15 und Kleeis daselbst 1917 S. 731 ff.

Frist zur Nachentrichtung freiwilliger Beiträge in der Angestelltenversicherung.

6. **Nach Hohen-Luckow.** Frage: Eine Angestellte (Erzieherin) hier hat auf Grund des Angestelltenversicherungsgesetzes folgende Beiträge geleistet: Die Jahre 1913 bis Schluß 1918 voll, für 1919 die Monate Januar, Februar, März und April voll. Es fehlen somit volle 4 Monate nach § 49 des Gesetzes. Am 1. 8. 1920 begann die neue versicherungspflichtige Beschäftigung. Können die 4 Monate durch freiwillige Versicherung nachgeholt werden?

Antwort: Ja! Denn laut Bekanntmachung vom 28. 3. 1918 (RGBl. S. 167, ArbVers. S. 231)

Digitized by Google

ist die Frist für die Zahlung der Beiträge zur freiwilligen Fortsetzung der Versicherung (§ 201 VersGes. für Angest.) bis zum Ablauf des Kalenderjahres verlängert, das dem Jahre folgt, in welchem der Krieg beendet ist, also bis Ende 1921, da der Krieg mit dem 10. 1. 1920 als beendet gilt.

Auslagen des Vorsitzenden und des Rendanten einer Betriebskrankenkasse.

7. **Nach Klettendorf.** Frage: Wer trägt die baren Auslagen des Vorsitzenden und Rendanten einer Betriebskrankenkasse, die durch Teilnahme an Sitzungen zum Abschluß von Arztverträgen entstanden sind?

Antwort: Dem Vorsitzenden sind die Auslagen nach Maßgabe des § 21 Abs. 2 RVO. von der Krankenkasse zu ersetzen. Die Auslagen des Rendanten fallen nach § 362 RVO. dem Arbeitgeber zur Last (zu vgl. ArbVers. 1917 S. 768 Ziff. 5).

Zulassung des Obmanns des Betriebsrats zu den Sitzungen des Kassenvorstandes.

8. **Nach Halle a. S.** Antwort: Wir können den Beschluß des Kassenvorstandes, den Obmann des Betriebsrats der Kasse zu allen Sitzungen hinzuzuziehen, nicht für ungesetzlich erachten. Dies haben wir schon im Jahrgang 1920 S. 299 Ziff. 9 näher begründet. Ein Aufsichtsrecht über den Vorstand oder gar ein Eingriff in die technische Leitung des Betriebes wird dem Vertreter des Betriebsrats durch seine Zulassung zu den Sitzungen selbstverständlich nicht eingeräumt. Seine Anwesenheit hat nur den Zweck der Information im Hinblick auf die Aufgaben, die dem Betriebsrat durch das Betriebsrätegesetz zugewiesen sind.

Voraussetzung für armenpflegliche Unterbringung in ein Krankenhaus und für den Ersatzanspruch gegen die Krankenkasse (§§ 1531 ff. RVO.).

9. **Nach Heppenheim.** Antwort: Ihre Beurteilung des Sachverhalts erscheint nicht richtig. Das bei den Katholischen Schwestern beschäftigte Dienstmädchen ist als Mitglied der Landkrankenkasse am 8. 5. 20 an Tuberkulose erkrankt und wurde bis zum 12. 6. 20 „erwerbsunfähig geschrieben". Offenbar aber war das Mädchen darüber hinaus im versicherungsrechtlichen Sinne krank. Denn es war für sie auf Grund eines ärztlichen Zeugnisses vom 16. 6. 20 eine Heilstättenkur bei der Landesversicherungsanstalt beantragt, und sie ist von einem Pfleger des städtischen Armenamts in Mainz (vor Eingang eines Bescheides der Landesversicherungsanstalt) am 28. 6. 20 in das dortige städtische Krankenhaus gebracht worden. Für den Ersatzanspruch des Armenverbandes kommt weder der § 311 noch § 214 RVO. in Betracht, da es sich um einen einheitlichen, fortdauernden Versicherungsfall handelt, der am 8. 5. 20 bei bestehender Mitgliedschaft eingetreten war und auf Grund dessen der Versicherten der satzungsmäßige Anspruch auf Kassenleistungen nach § 182 RVO. zustand. Weder der Umstand, daß die Versicherte tatsächlich nur bis zum 17. 5. 20 Arbeit geleistet hatte, noch daß die Abmeldung am 3. 7. 20 erfolgte, ändert etwas daran, daß die Versicherte vom 8. 5. 20 ab für die gesetzlich nach § 183 RVO. sich bestimmende Dauer (oder für längere Zeit, wenn die Satzung dies vorsehen sollte, vgl. § 187 Ziff. 1) Anspruch auf Krankenhilfe hatte. Aus diesem Anspruch kann der Armenverband von der Kasse Ersatz nach §§ 1531 ff. fordern, vorausgesetzt, daß die Versicherte im armenrechtlichen Sinne hilfsbedürftig war. Ob diese Voraussetzung vorlag, ist aus Ihren Angaben nicht zu entnehmen. Sie war nicht gegeben, wenn die Krankenkasse bereit gewesen wäre, die nach den Umständen anscheinend erforderliche Krankenhauspflege zu gewähren und ein dringender Fall, der eine vorgängige Erkundigung bei der Kasse nicht angängig erscheinen ließ, nicht vorlag (zu vgl. Entsch. des preuß. ObVerwGer. in ArbVers. 1907 S. 351). In dieser Richtung bedarf der Sachverhalt noch der Klärung. Es bedarf der Feststellung, nötigenfalls durch Beweiserhebung, weshalb der Armenverband ohne Wissen der Kasse und ohne Anfrage bei ihr die Kranke einfach abholen und in das Krankenhaus bringen ließ. Kann dafür ein hinreichender Grund nicht festgestellt werden, so ist der Anspruch des Armenverbandes abzulehnen.

Einrechnung des Reichswehrdienstes in die Zeit vor dem Ausscheiden aus der Krankenversicherung im Falle des § 214 RVO.

10. **Nach Neuß.** Frage: Unserer Kasse gehörte vom 3. bis 22. 1. 1921 ein Arbeiter als Mitglied an. Am 1. Februar meldete er sich krank und beanspruchte Kassenleistungen. Der Genannte hat demnach im letzten Jahre vor dem Ausscheiden nicht 26 Wochen und unmittelbar vor dem Ausscheiden nicht 6 Wochen einer Krankenkasse angehört, es fehlen also die Voraussetzungen des § 214 RVO. Der Genannte ist im Jahre 1920 und bis Mitte Januar 1921 Angehöriger der Reichswehr, vor dieser Angehörigkeit Kassenmitglied gewesen. Wir sind nicht ohne Zweifel, ob die Frist des § 214 RVO. durch die Dienstzeit in der Reichswehr nicht unterbrochen worden ist und demnach die Voraussetzung des § 214 a. a. O. doch vorliegen kann. Da die Zugehörigkeit zur Reichswehr eine freiwillige ist, glauben wir, daß die Bestimmungen über Aufrechterhaltung von Wartezeiten, wie sie für die früher auf Grund der Wehrpflicht eingezogenen Personen gegeben sind, für Angehörige der freiwilligen Reichswehr nicht gelten; die vorbezeichneten Bestimmungen haben auch wohl nur Geltung für die Dienstzeiten infolge des Krieges.

Antwort: Wir teilen Ihre Ansicht. Die Zugehörigkeit zur Reichswehr kann dem Kriegsdienste im Sinne der Bekanntmachung vom 16. 11. 1916 über Erhaltung von Anwartschaften aus der Krankenversicherung (ArbVers. 1916 S. 801) nicht gleich erachtet werden. Bei der Berechnung der Versicherungsdauer nach § 214 RVO. sollte denen, die durch den Kriegsdienst veranlaßt wurden, die Versicherung aufzugeben, kein Nachteil erwachsen; darum sollte der Kriegsdienst auf die Zeit vor dem Ausscheiden aus der Versicherung nicht angerechnet werden. Legt ein Angehöriger der Reichswehr Wert auf Erhaltung seiner Rechte aus der Krankenversicherung, so kann er diese leicht freiwillig fortsetzen, und zwar um so eher, als er durch seine Bezüge wirtschaftlich ähnlich gestellt ist wie ein Arbeiter. Es bedeutet also ihm gegenüber keine Unbilligkeit, wenn sein Dienst bei der Reichswehr in die Zeit vor dem Ausscheiden eingerechnet wird.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Str. 12.
Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., in Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

Heft 1313 der ganzen Folge.

38. Jahrgang | 11. April 1921 | Heft 11

Zur Gewährung der Familienhilfe.

Vom Wirklichen Geheimen Ober-Regierungsrat Dr. Hoffmann in Berlin-Grunewald.

I. Die Reichsversicherungsordnung faßt im § 205 unter der Bezeichnung „Familienhilfe" die Leistungen zusammen, die den Kassenmitgliedern für ihre Angehörigen gewährt werden können. Für diese Leistungen ist wie nach dem Krankenversicherungsgesetz nicht das Familienmitglied, sondern das Kassenmitglied anspruchsberechtigt (vgl. RVA. Entsch. vom 4. Juni 1918, AmtlNachr. S. 424, ArbVers. S. 550). Auch die Art und der Umfang der Leistungen sind in der Reichsversicherungsordnung die gleichen geblieben, sie beziehen sich auf die Gewährung der Familienkrankenpflege, der Wochenhilfe an versicherungsfreie Ehefrauen der Kassenmitglieder und auf die Gewährung von Sterbegeld beim Tode eines Ehegatten oder eines Kindes.

Die Gewährung der Familienkrankenpflege und der Wochenhilfe an Ehefrauen war im § 21 Nr. 5 des Krankenversicherungsgesetzes (KVG.) geregelt. Danach konnten die Kassen freie ärztliche Behandlung, freie Arznei und sonstige Heilmittel für erkrankte Familienangehörige der Kassenmitglieder, sofern sie nicht selbst dem Versicherungszwange unterlagen, auf besonderen Antrag oder allgemein gewähren. Ebenso konnte für Ehefrauen der Kassenmitglieder, die dem Krankenversicherungszwange nicht unterlagen, Wöchnerinnenunterstützung bis zur Dauer von sechs Wochen nach der Niederkunft vorgesehen werden. Auf die Gewährung des Familiensterbegeldes bezog sich die Nr. 7 a. a. O., die durch die Novelle vom 10. April 1892 folgende Fassung erhielt:

„Beim Tode der Ehefrau oder eines Kindes eines Kassenmitgliedes kann, sofern diese Personen nicht selbst in einem gesetzlichen Versicherungsverhältnis stehen, auf Grund dessen ihren Hinterbliebenen ein Anspruch auf Sterbegeld zusteht, ein Sterbegeld, und zwar für erstere im Betrage bis zu zwei Dritteln und für letztere bis zur Hälfte des für das Mitglied festgestellten Sterbegeldes gewährt werden."

Die Kosten der Familienhilfe wurden aus den allgemeinen Beiträgen bestritten. Nur Krankenkassen, welche die Familienkrankenpflege und die Familienwochenhilfe auf Antrag gewährten, konnten nach näherer Bestimmung der Satzung für diese Leistungen von Kassenmitgliedern mit Familienangehörigen einen besonderen, allgemein festzusetzenden Zusatzbeitrag erheben (§ 22 Abs. 2 KVG.). Für die Gewährung des Sterbegeldes durften Zusatzbeiträge also nicht gefordert werden. Nach der Reichsversicherungsordnung (§ 384 Abs. 2) können die Krankenkassen Zusatzbeiträge von den Versicherten mit Familienangehörigen für alle Leistungen der Familienhilfe in der Satzung festsetzen.

Nachdem durch das Gesetz über Wochenhilfe und Wochenfürsorge vom 26. September 1919 (RGBl. S. 1757) die Gewährung der Wochenhilfe an Familienangehörige eine Pflichtleistung der Krankenkassen geworden ist, umfaßt die Familienhilfe als Mehrleistungen zur Zeit nur noch die Gewährung der

Digitized by Google

Familienkrankenpflege und des Familiensterbegeldes.

II. Eine grundsätzliche Änderung in der Gewährung der Leistungen der Familienhilfe soll durch die Reichsversicherungsordnung insofern herbeigeführt sein, als die Gewährung der Leistungen der Familienhilfe auf Antrag als nicht mehr zulässig bezeichnet wird. Aus der Fassung des Gesetzes läßt sich hierüber nichts entnehmen, denn durch die Fortlassung der Unterscheidung zwischen der Gewährung auf Antrag oder allgemein allein kann diese Folgerung nicht begründet werden. Lediglich aus der Begründung ist diese Absicht des Gesetzgebers zu entnehmen, wo es heißt:

„Freie Krankenpflege für Familienangehörige kann nach dem Krankenversicherungsgesetz die Gemeindekrankenversicherung auf Antrag gegen Zahlung von Zusatzbeiträgen gewähren (§ 6a Abs. 1 Nr. 5, § 9 Abs. 1 a. a. O.). Die Krankenkassen können diese Krankenpflege satzungsmäßig entweder allgemein beschließen und dann keine Zusatzbeiträge erheben, oder sie nur auf Antrag gewähren. Dann dürfen sie Zusatzbeiträge erheben (§ 21 Abs. 1 Nr. 5, § 22 Abs. 2 a. a. O.). Da die Vorschrift hier im § 205 gleichmäßig gestaltet werden soll, erscheint es zweckmäßig, von der Versicherung nur auf Antrag abzusehen und lediglich ihre allgemeine Einführung zu gestatten, diese aber unter der Möglichkeit, Zusatzbeiträge zu erheben (§ 384 Abs. 2). Die an sich erwünschte Ausbreitung dieser der Satzung überlassenen Maßnahmen dürfte damit gefördert werden."

Die Ausführungen beruhen zunächst auf der irrigen Annahme, daß nach dem Krankenversicherungsgesetz die Krankenkassen alle Leistungen der Familienhilfe entweder nur auf Antrag oder nur allgemein gewähren durften, und daß bei Gewährung auf Antrag überall Zusatzbeiträge erhoben werden konnten. Irrig ist ferner die Annahme, daß nach dem Wortlaut der Reichsversicherungsordnung die Gewährung der Familienhilfe nur allgemein zugelassen und die Gewährung auf Antrag unzulässig sei. Für diese Annahme reichen die Ausführungen in der Begründung nicht aus. Im Gesetz selbst sind nur die Leistungen der Familienhilfe aufgezählt, ohne daß über die Voraussetzung für ihre Gewährung (auf Antrag oder allgemein) irgend etwas bestimmt wäre. Da die Leistungen der Familienhilfe Mehrleistungen sind, so ist ihre nähere Regelung, soweit nicht im Gesetz selbst Schranken gezogen sind, dem freien Ermessen der Krankenkassen mit der Maßgabe überlassen, daß die im Gesetz festgelegte Höchstgrenze und Art der Leistungen beobachtet werden muß (vgl. RVA. Entsch. vom 12. Januar und 1. Februar 1918, AmtlNachr. S. 304, 306, ArbVers. S. 408).

III. Auch gegen den weiteren Grundsatz, daß durch die Aufnahme einer Mehrleistung in die Kassensatzung allen Kassenmitgliedern, welche die dort vorgesehenen Voraussetzungen erfüllen, ein Rechtsanspruch darauf eingeräumt werden muß, wird durch die Gewährung der Familienhilfe auf Antrag nicht verstoßen, denn der Antrag kann von allen Kassenmitgliedern gestellt werden, so daß eine gleichmäßige Behandlung aller Kassenmitglieder gewährleistet ist. Wenn also eine Krankenkasse die Gewährung der Familienhilfe auf Antrag in der Satzung vorsieht, so verstößt sie nicht gegen das Gesetz; die entsprechende Satzungsbestimmung muß nach § 324 Abs. 2 RVO. genehmigt werden.

Gegen die Zulässigkeit der Gewährung der Familienhilfe auf Antrag läßt sich auch nichts aus der Vorschrift des § 384 Abs. 2 RVO. entnehmen. Abweichend von dem § 22 Abs. 2 KVG. ist danach den Krankenkassen die Erhebung von Zusatzbeiträgen von Kassenmitgliedern mit Familienangehörigen schlechthin überlassen. Es können, wie in der Begründung (S. 233) ausdrücklich festgestellt ist, auch Zusatzbeiträge erhoben werden, wenn die Familienhilfe allgemein gewährt wird, denn es heißt dort:

„Gewähren Krankenkassen satzungsgemäß Familienhilfe, so können sie dies tun, ohne einen Zusatzbeitrag zu erheben. Die Familienhilfe wird in solchem Falle gleich den anderen Leistungen der Kasse durch die allgemeinen Beiträge aufgebracht, wo indessen die Arbeitgeber zu einer Übernahme der damit gegebenen Mehrlast nicht geneigt sind, kann es die an sich erwünschte Einführung der Familienhilfe fördern und den eigenen Wünschen der Kassenmitglieder entsprechen, wenn sie die Mehrkosten daraus ganz oder zum Teil durch Zusatzbeiträge übernehmen. Während für solche Zusatzbeiträge die übrigen Vorschriften über die Beiträge und deren Leistung nicht gelten, gilt auch für sie die Vorschrift, daß sie bei Arbeitsunfähigkeit (§ 383) nicht entrichtet zu werden brauchen."

Das Reichsversicherungsamt hat sich unter Berufung auf die Ausführungen in der Begründung in der grundsätzlichen Entscheidung

Digitized by Google

vom 12. Oktober 1918 (AmtlNachr. S. 509) auf den Standpunkt gestellt, daß die Gewährung der Familienhilfe auf Antrag unzulässig sei.

IV. Aus der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts sind für die Krankenkassen erhebliche Schwierigkeiten entstanden, die naturgemäß auf die Einführung der Familienhilfe keinen günstigen Einfluß haben können. Vor allem haben die Krankenkassen vor einer allgemeinen Einführung der Familienkrankenpflege deshalb zurückgeschreckt, weil sie gezwungen sind, auch den außerhalb des Kassenbezirks wohnenden Mitgliedern ärztliche Hilfe in Natur zuteil werden zu lassen. Die Krankenkassen stehen auf dem Standpunkt, daß sie nicht in der Lage sind, an allen Wohnorten der Familienangehörigen ärztliche Behandlung bereitzustellen, namentlich dann, wenn der Wohnort von dem Sitz der Kasse weit entfernt ist. Auch die Kontrolle der Familienangehörigen außerhalb des Kassenbezirks biete große Schwierigkeiten und verteure die Gewährung der Familienhilfe. Die Kassen sind daher auf den Ausweg verfallen, zwischen Kassenmitgliedern innerhalb des Kassenbezirks und Kassenmitgliedern außerhalb des Kassenbezirks zu unterscheiden und nur den zuerst bezeichneten Mitgliedern die Gewährung der Familienkrankenpflege zuzubilligen. Das Reichsversicherungsamt (Entsch. vom 10. Juni 1920, AmtlNachr. S. 379, ArbVers. S. 589) hat eine solche Unterscheidung für unzulässig erklärt und angenommen, daß der Grundsatz der gleichmäßigen Behandlung der Kassenmitglieder verlange, daß auch den außerhalb des Kassenbezirks wohnenden Mitgliedern die Familienhilfe zugebilligt werde. Auch bei Erhebung von Zusatzbeiträgen könne eine andere Beurteilung nicht Platz greifen; vgl. RVA. Entsch. vom 21. Januar 1921. Der Versuch der Kassen, diesen Bedenken dadurch zu begegnen, daß den Mitgliedern im Kassenbezirk die ärztliche Behandlung der Familienangehörigen in Natur zugesichert wird, während die außerhalb des Kassenbezirks wohnenden Mitglieder eine Barleistung zur Bestreitung der Kosten der selbst beschafften ärztlichen Behandlung erhalten, hat das Reichsversicherungsamt (vgl. Entsch. vom 5. November 1920) für unzulässig erklärt, weil auch hierdurch gegen den Grundsatz der gleichmäßigen Behandlung der Kassenmitglieder verstoßen werde. Dabei hat sich aber das Reichsversicherungsamt nicht der Erkenntnis verschlossen, daß die von den Krankenkassen geplante Regelung den praktischen Bedürfnissen entspricht; es hat daher einen Weg vorgezeichnet, auf dem die Gewährung von Barleistungen an Stelle der ärztlichen Behandlung in Natur an außerhalb des Kassenbezirks wohnende Familienangehörige ermöglicht wird. Danach sollen die Krankenkassen für alle Versicherten gleichmäßig die Zahlung barer Zuschüsse für die Beschaffung der Arzthilfe bei Erkrankung von Familienangehörigen vorsehen. Dies sei zulässig, weil die Kassen die Mehrleistung beliebig, wenn auch nur für alle Versicherten gleichmäßig, gestalten könnten. Die Kassen würden durch eine entsprechende Fassung der Satzungsbestimmungen zweckmäßig klarzustellen haben, daß sie die Kosten der ärztlichen Behandlung nur bis zu einem bestimmten Höchstbetrag übernähmen. Dieser Höchstbetrag könne nach den Entschädigungen bemessen werden, die die Kasse den Kassenärzten innerhalb des Kassenbezirks für die Behandlung ihrer Mitglieder vertraglich gewährt. Auch die Regelung der Auszahlung der Zuschüsse für die ärztliche Behandlung der Familienangehörigen bleibe dem Ermessen der Kasse überlassen. Sie könne insbesondere bestimmen, daß diese Beihilfen, soweit dies für zweckmäßig erachtet werde, unmittelbar an den behandelnden Arzt gezahlt würden. Bei Zahlung des Barzuschusses an die Versicherten werde der Nachweis zu verlangen sein, daß die Behandlung durch einen approbierten Arzt stattgefunden habe, damit die ordnungsmäßige Verwendung der Beihilfen möglichst gesichert sei. Auf diese Weise ist es tatsächlich den Krankenkassen ermöglicht, im Kassenbezirk die ärztliche Behandlung als Sachleistung, außerhalb des Kassenbezirks aber als Barleistung zu gewähren.

Digitized by Google

V. Die Erhebung von Zusatzbeiträgen bei einer allgemeinen Einführung der Familienhilfe widerspricht nicht nur dem Wesen der Zusatzversicherung, sondern führt auch zu empfindlichen Unzuträglichkeiten. Eine Zusatzversicherung ist immer eine freiwillige Leistung der Versicherten, durch die ihnen Gelegenheit geboten wird, aus freien Stücken durch besondere Beiträge eine Steigung der Versicherungsleistungen herbeizuführen. Beiträge, die alle Kassenmitglieder, ohne Rücksicht darauf, ob ihre Angehörigen von der Familienhilfe Vorteil haben, zahlen müssen, sind Zwangsbeiträge. Sie müssen bei allen Kassenmitgliedern Verstimmung hervorrufen, welche auf die Familienhilfe entweder keinen Wert legen oder welche im Hinblick auf die Ausgestaltung der Mehrleistung niemals einen Anspruch auf die Leistungen für ihre Angehörigen erwerben können. In gewissem Sinne hat das Reichsversicherungsamt diese Folgen dadurch abgeschwächt, daß es eine Satzungsbestimmung für zulässig erklärt hat, nach der bei dem Fall der Nichtzahlung oder der nicht rechtzeitigen Zahlung der Zusatzbeiträge der Anspruch auf Familienhilfe fortfallen soll (vgl. RVA. Entsch. vom 29. November 1913, AmtlNachr. S. 837, ArbVers. 1914 S. 209). Eine zuverlässige Handhabe, um der Zahlung der Zusatzbeiträge zu entgehen, ist aber den Kassenmitgliedern dadurch nicht geboten, weil die rückständigen Beiträge von dem Kassenvorstand beigetrieben werden müssen. Auf diesen Standpunkt hat sich auch das Reichsversicherungsamt gestellt, indem es in der grundsätzlichen Entscheidung vom 12. Oktober 1918 (AmtlNachr. S. 509, Arb. Vers. 1919 S. 51, 53) ausgesprochen hat, daß Zusatzbeiträge auch dann verlangt werden können, wenn den Angehörigen Familienhilfe schon bei einer anderen Krankenkasse zusteht. Diesen aus der allgemeinen Erhebung von Zusatzbeiträgen entstehenden Unzuträglichkeiten läßt sich auch nur dadurch begegnen, daß die Familienhilfe, solange sie eine Mehrleistung ist, und sofern Zusatzbeiträge erhoben werden, nur auf Antrag gewährt wird.

Zur Änderung der Beitragsentrichtung in der Angestelltenversicherung.

Von Dr. Tenhaeff in Köln.

In der Angestelltenversicherung ist wegen Nichtbewährung des jetzigen Systems der Beitragsentrichtung — Selbstausrechnung der fälligen Beträge durch die Arbeitgeber der Versicherten und Überweisung der monatlichen Beitragssummen auf besonders gearteten Postscheckformularen unter Ausfüllung bestimmter Vordrucke — die Einführung des Markenklebeverfahrens beabsichtigt. (ArbVers. Jahrg. 1920, S. 614.) Es sei gestattet, auf Grund der Erfahrung bei der Beitragserhebung in der Krankenversicherung hierzu Stellung zu nehmen.

Den Ortskrankenkassen sind als Invalidenversicherungskarten-Ausgabe- (und Umtausch-) Stellen die Mängel des Markenklebeverfahrens bekannt. Die Versicherungsanstalten schicken immer zahlreicher Kontrollbeamte aus, um richtige und vollständige Beitragszahlung vermehrt zu erreichen. Die Kontrollbeamten verteuern das System sehr und schaffen nicht durchgreifende Besserung. Wie bei der allgemein gesunkenen Moral die widerrechtliche Vorenthaltung der Beiträge zugenommen hat, wissen viele Krankenkassen auch aus Erfahrung bei der eigenen Beitragserhebung. Beispielsweise wird im Bericht der Allgemeinen Ortskrankenkasse Köln auf das Jahr 1918 (S. 2) angegeben: wegen offensichtlichen Unstimmigkeiten in den Meldungen wurden bei 335 Arbeitgebern über 250 000 ℳ Beiträge nacherhoben. Im Bericht des nächsten Jahres (S. 28) heißt es:

„Im Berichtsjahre mußten wieder zahlreiche Arbeitgeber, die offensichtlich gewohnheitsgemäß unrichtige Kassenmeldungen über Verdienste oder Beschäftigungszeiten machten, zur Vorlage der Lohn- oder Gehaltsunterlagen aufgefordert werden. Dem Ersuchen wurde zur Vermeidung von Weiterungen bereitwilligst Folge geleistet und die

Digitized by Google

nachberechnete Summe gezahlt. . . . . Das Recht der Beitragsüberwachung würde für die Kasse eine Vermehrung der Einnahmen von schätzungsweise einem Viertel-Prozent Beitragssatzerhöhung bedeuten. Die soliden Arbeitgeber und ihre versicherungspflichtig Beschäftigten haben Anlaß, die Beitragsüberwachung durch die Krankenkassen zu fordern . . . . Der Gesetzgeber sollte die Gelegenheit, die Einnahmen der für das Volkswohl so wichtigen Krankenkassen auf Kosten unlauterer Elemente zu steigern, nicht länger sich entgehen lassen. Die widerrechtlich vorenthaltenen Beiträge liegen auf der Straße; man verpflichte die Krankenkassen zum Aufheben."

Es ist zu berücksichtigen, daß in den Vorständen der Ortskrankenkassen Arbeitgeber sitzen, die im allgemeinen, solange den Krankenkassen nicht das Kontrollrecht verliehen ist, wohl nur in krassen Fällen die Revision der Lohn- und Gehaltsunterlagen in den Betrieben ihrer Berufsgenossen durch Kassenangestellte wünschen. In der Krankenversicherung ist zudem die selbsttätige Kontrolle über richtige Beitragszahlung bei Beanspruchung von Leistungen, welche in Höhe und Art von den Angaben abhängen, die auch zur Beitragsberechnung dienen, häufiger als in der Invaliden- und Angestelltenversicherung. Trotzdem hebt eine Ortskrankenkasse in einem Jahre (damals waren noch die niedrigen Beitragsstufen) 250 000 ℳ widerrechtlich vorenthaltene Beiträge „auf der Straße auf". Verfasser hat Grund zu der Annahme, daß allgemein bei den Ortskrankenkassen die Einnahmen schätzungsweise um ein Viertelprozent Beitragserhöhung steigen werden, wenn diesen Kassen die Beitragsüberwachung an Hand der Lohn- und Gehaltsunterlagen zur Pflicht gemacht wird. Große Summen kann der Gesetzgeber durch einen Federstrich den für die Wiederaufrichtung der Volksgesundheit unentbehrlichen Krankenkassen auf Kosten im wesentlichen unlauterer Arbeitgeber besorgen. Der Steuergesetzgeber hat aus dem Tiefstand der Moral die Folgerung gezogen, und geeignete Sicherungen für geordneten Eingang der Steuern und Abgaben bei gemindertem Verantwortlichkeits- und Ehrbegriff vieler Steuerpflichtiger getroffen. Es dürfte an der Zeit sein, auch den sozialen Gesetzgeber zu entsprechenden Vorkehrungen zu veranlassen. Die Ortskrankenkassen rechnen bestimmt mit Verleihen des Rechts der Beitragsüberwachung spätestens gelegentlich der kommenden Gesetzesnovelle. Es ist anscheinend nur übersehen worden, in der Reichsversicherungsordnung auch die Beitragsüberwachung in der Krankenversicherung zu ordnen. Haben die Ortskrankenkassen das Recht der Beitragsüberwachung (für die Betriebskrankenkassen kommt es nicht in Betracht und bei den Innungskrankenkassen ist es von geringerer Bedeutung), so haften ihre Vorstände für Ausfälle, die bei ordnungsgemäßer Beitragsrevision vermieden wären. Das wird die Kassenverwaltungen anspornen, Mustergültiges in der Beitragskontrolle zu leisten. Den sehr großen Ortskrankenkassen, die beispielsweise das Verwaltungs-Zwangsverfahren zur Zufriedenheit ausführen, wird man unbedenklich auch die Beitragskontrolle zur selbständigen Erledigung überweisen können. Wie es bei kleineren Ortskrankenkassen zu regeln ist, wäre nach Zweckmäßigkeit zu prüfen.

Zur Beurteilung der Höhe der Beitragshinterziehungen in der Invalidenversicherung ist zu beachten, daß in dieser die Lohnstufen noch immer nicht ausgebaut sind, im Einzelfalle deshalb nicht um erhebliche Beträge geschädigt werden kann; insgesamt werden vermutlich bei der Menge der nicht oder in zu niedrigen Werten geklebten Marken beträchtliche Summen auch dieser Versicherung (und neuerdings zur Hälfte dem Reiche durch den hundertprozentigen Zuschlag; Gesetz vom 26. Dezember 1920) entzogen. Das Übel wird schlimmer, wenn einmal die Lohnstufen erhöht sind. Je höher die Beiträge, um so stärker der Anreiz zur Nichtzahlung. Das merkt die Angestelltenversicherung, der m. E. mindestens die gleichen Beträge vorenthalten werden wie der Krankenversicherung.

Wie sind die Beitragsvorenthaltungen wirksam zu bekämpfen? Meines Erachtens nur durch umfassende, in kurzen Zeiträumen sich wiederholende Beitragskontrollen, zweckmäßig seitens der Krankenkassen, denen Beitragseinziehung und -Kontrolle für die Invaliden- und Angestelltenversicherung mit

Digitized by Google

übertragen werden könnte. Die Ortskrankenkassen sind geeignet zu solcher Mitbearbeitung in ihrem Kassenbezirk. In ihren Arbeitgeberkonten, Heberollen, auf den Beitragsrechnungen wären je eine Rubrik für Beiträge der Angestellten- und Invalidenversicherung vorzusehen. Mit geringem Kosten- und Zeitaufwand kann dann die Beitragsberechnung und Erhebung für diese Versicherungen in einem Zuge mit besorgt werden. Auskunftserteilung und Nebenarbeiten, z. B. Kontrolle, die bei gewissenhafter Erfüllung der Obliegenheiten nötig sind, verursachen zwar auch etwas Kosten- und Zeitverbrauch, geschehen jedoch ausschließlich zum Vorteile der Versicherten und meistens auch der Versicherungsträger. Je größer die geldliche Bedeutung des Hebeverfahrens und der Beitragskontrolle wird, um so gründlicher werden diese erledigt werden. Eine Krankenkasse, die weiß, daß ihre Beitragsermittlung auch grundlegend für die der Angestelltenversicherung ist und ihre Beitragsüberwachung gleichzeitig der anderen Versicherung dient, wird besonders vorsichtig und eingehend arbeiten, um die erhöhte Verantwortung tragen zu können. Es rechtfertigt sich die gründlichere Arbeit auch aus dem Grunde, weil nun die Aufwendungen für sie auf mehrere Versicherungen sich verteilen. Verfasser ist überzeugt, daß die Mehreinnahmen, die Angestellten- und Invalidenversicherung beim Einzugsverfahren, verbunden mit sachgemäßer Beitragskontrolle durch die Krankenkassen haben werden, höher sein werden, als die Vergütung, welche sie den Kassen für solche Arbeit zu gewähren hätten. Darüber hinaus gewönnen sie Ersparnis und Erleichterung in der Verwaltung, indem die Einzugsstellen in gewissem Umfange örtliche Verwaltungsstellen sein könnten, die z. B. tunlichst veranlassen, daß Anträge an die Angestellten- oder Invalidenversicherung von Kassenmitgliedern nur geschehen, wenn die nötigen Unterlagen vorhanden sind, daß Heilverfahren für Kassenmitglieder verwaltungsmäßig leichter sich abwickeln. Die Einziehung der Beiträge durch die Krankenkassen würde die Verwaltung der Angestelltenversicherung wesentlich verbilligen. Der Buchungsbetrieb allein verschlingt bei dieser fast die Hälfte der Verwaltungskosten*). Die Krankenkassen können diese Arbeiten größtenteils in sehr vereinfachter Form viel billiger verrichten.

Die Angestelltenversicherung, die für das Reich zentral organisiert ist, und deren Zentrale bei dem gewaltigen Anwachsen des Betriebes, zumal wenn die Rentenverfahren in größerem Umfange hinzukommen, an Unübersichtlichkeit leiden wird, dürfte Wert darauf legen, beizeiten Dezentralisation in solchen Angelegenheiten eintreten zu lassen, die außerhalb der Zentrale ebensogut bearbeitet werden können. Hierzu gehört ein weiter Teil des Beitragshebeverfahrens. Die Angestelltenversicherung würde mancher Schwierigkeit Herr werden, wenn sie die Beitragseinziehung zunächst großen Ortskrankenkassen, die bereit zur Übernahme dieser Arbeit und Verantwortung sind, übertrüge. Die Versicherungspflichtgrenze (für Angestellte in gehobener Stellung) ist zur Zeit in beiden Versicherungen die gleiche, 15 000 ℳ Jahresarbeitsverdienst. In der Angestelltenversicherung ist Erhöhung beabsichtigt, in der Krankenversicherung wegen des Ärztewiderstandes noch nicht. Auch wenn die Pflichtgrenze in der Angestelltenversicherung höher sein wird als in der Krankenversicherung, würde letztere voraussichtlich doch alle Unterlagen zur Beitragsberechnung für die nicht krankenversicherungspflichtigen Angestellten haben, weil auch nach dem neuesten Entwurf der Arbeitslosenversicherung die Beiträge für diese von Arbeitgebern und Arbeitnehmern durch die Krankenkassen bzw. deren örtliche Pflichtverbände erhoben werden sollen. Alle Vorbedingungen für einfachste, glatte Einziehung der Angestelltenversicherungsbeiträge bieten demnach die großen Ortskrankenkassen. Eine Verständigung über Einzelheiten würde sich finden, wenn die Angestelltenversicherung wie bisher bei Verhandlun-

*) Zu vgl. Anmerkung am Schlusse dieser Abhandlung.

Digitized by Google

gen mit Krankenkassen oder deren Verbänden in sozialem Interesse von großzügigen Gesichtspunkten sich leiten läßt, nicht, wie z. B. Invalidenversicherungsanstalten in Preußen, verlangen, daß die Kassen das Einzugsverfahren fast unentgeltlich machen sollen. Das ist ungerecht, Bereicherung einer Versicherung zum Nachteile einer anderen schafft Verbitterung bei den geschädigten Kassen und fördert nicht die dringend nötig gewordene Gemeinschaftsarbeit der verschiedenen Versicherungszweige. Ausreichende Vergütung muß den Kassen werden für das Einzugsverfahren. Die Angestelltenversicherung kann eher als die Invalidenversicherung angemessene Entschädigung geben, weil bei ihr die gleichen Unkosten auf höhere Beitragseinnahmen sich verteilen. Die Angestelltenversicherung sollte diesen Vorsprung im Sinne des Gemeinwohls verwerten und höhere Einnahmen durch Einziehen ihrer Beiträge seitens der Krankenkassen sich verschaffen. Es ist folgerichtig, den Krankenkassen die Beitragseinhebung auch für die Angestellten- und Invalidenversicherung zu übertragen, da in der Krankenversicherung, wie erwähnt, die Selbstkontrolle über richtige Beitragszahlung am besten ist, die Kassen ihren Sitz am Beschäftigungsorte der Versicherten haben und lokalen Verhältnissen im Hebeverfahren sich anpassen und lokale Kenntnis über unlauter oder nachlässig arbeitende Betriebe berücksichtigen können. In den Vorständen der Krankenkassen sind Arbeitgeber, die genügenden Einfluß haben, unnötige Belästigung ihrer Berufsgenossen durch Beitragserhebung oder Überwachung zu verhindern. Grundsätzlich ist Beitragserhebung und Kontrolle durch *eine* Versicherung mit Wirkung für mehrere ein Fortschritt, weil Ersparnis an Arbeit und Kosten dadurch ermöglicht wird. Zweckmäßige Gestaltung muß für volle Ausnutzung dieser Vereinfachung und Vereinheitlichung sorgen.

Die soliden *Arbeitgeber* werden es der Angestelltenversicherung Dank wissen, wenn sie ihnen Arbeit und Verantwortung abnimmt. Der Arbeitgeber hat mit richtigen Meldungen zur Krankenversicherung im allgemeinen auch die nötigen Angaben zur Beitragsberechnung in der Angestellten- und Invalidenversicherung geliefert; es genügt demnach durchschnittlich *eine* Meldung für mehrere Versicherungen. Mit Anfertigung von Nachweisungen (wie jetzt in der Angestelltenversicherung), für welche Versicherten und je in welcher Höhe Beträge überwiesen werden, hat der Arbeitgeber bei der Beitragseinziehung durch die Krankenkasse nichts mehr zu tun. Er erhält monatlich mit der Aufstellung der von ihm zu entrichtenden Krankenkassenbeiträge eine Übersicht, für wen und je in welcher Versicherungsstufe Beiträge zur Angestelltenversicherung angefordert werden. Bei Nichtrichtigbefund kann er im mündlichen Verkehr mit der Kasse die Sache schnell regeln. Er vermag jederzeit sein Konto auch für die Angestelltenversicherung bei der Kasse einzusehen und berichtigen zu lassen. Verantwortung für richtige Beitragsberechnung in dieser Versicherung trägt nur die Krankenkasse, die das Kontrollrecht hat. Man wird dem Arbeitgeber die Entlastung gönnen, nachdem ihm die neuere Gesetzgebung (beim Steuerabzug z. B.) vermehrte unproduktive Tätigkeit auferlegt hat. Bei Zweifel über Versicherungspflicht in der Angestelltenversicherung hätte die Krankenkasse die Entscheidung der zuständigen Stelle herbeizuführen. Vermutlich würden dann viele Beiträge für Personen gezahlt werden, bei denen jetzt ohne weiteres angenommen wird, daß Angestelltenversicherungspflicht nicht vorliegt. Die Arbeitgeber haben ferner ein Interesse daran, die Beitragsüberwachung nur von einer Stelle ausgeübt zu sehen, um Belästigung der Betriebe auf das Geringste beschränkt und sich widersprechende Anordnungen der Kontrollbeamten verschiedener Versicherungen vermieden zu wissen. Die *Versicherten* hätten bei Einziehung der Beiträge für die Angestellten- und Invalidenversicherung durch die Krankenkassen die Gewähr richtiger Beitragszahlung auch in jenen Versicherungen. Sie könnten sich jederzeit ohne Wissen des Arbeitgebers über die Höhe

Digitized by Google

der für sie geleisteten Zahlungen im Kassenlokale erkundigen und sonstige sachdienliche Auskunft über Angestellten- oder Invalidenversicherung sich geben lassen. Es ist wichtig, bei den immer verwickelter werdenden Versicherungsgesetzen den Versicherten eine Stelle zu bieten, wo sie sich sogleich über alle für sie in Betracht kommenden Bestimmungen der Versicherungsgesetze in einfachster Weise unterrichten können. Bei zahlungssäumigen Arbeitgebern würde die Krankenkasse mit ihren Beiträgen auch diejenigen der Angestellten- und Invalidenversicherung zwangsbeitreiben. Der Wunsch, den Versicherten im sozialen Sinne zu helfen, höhere und sichere Leistungen in der Angestellten- und Invalidenversicherung zu erhalten, dürfte mitbestimmend sein für die Krankenkassen, die bereit zur Übernahme des Einzugsverfahrens für jene Versicherungen sind. Die Krankenkassen werden auch berücksichtigen, daß das Zusammenarbeiten im Beitragswesen ein Schritt ist auf dem Wege, die Kassen zum örtlichen Unterbau aller sozialen Versicherungen zu machen.

Die Angestelltenversicherung hat bei der geplanten Änderung ihres Beitragsentrichtungssystems Gelegenheit, die Ortskrankenkassen zur Mitarbeit im geschilderten Sinne heranzuziehen. Das zu tun, empfiehlt sich schon aus dem Grunde, um bei Nichtbewährung des beabsichtigten Markenklebeverfahrens die Erfahrungen mit der Beitragseinhebung durch Krankenkassen zu kennen. Ein Wagnis ist mit Versuchen in dieser Richtung nicht verbunden. Die Angestelltenversicherung spart dann u. a. die Kosten für Marken (falls den Einzugsstellen die Barquittung gestattet wird), für Zuschicken der Marken an Arbeitgeber als Wertgegenstände in zu versichernden Sendungen oder den in anderer Weise zu wählenden Verkaufsapparat. Sie befreit sich gleichzeitig von mancher Verbindlichkeit hinsichtlich Richtigkeit und Vollständigkeit der erhobenen Beträge und hat die Gewißheit ordnungsgemäßer Beitragseinziehung und Verbuchung auch bei Störung ihres Betriebes in Berlin. Zusendung von Kontoauszügen oder dergleichen an die Versicherten zur Nachprüfung über die für sie geleisteten Zahlungen erübrigen sich. Die Mitarbeit der Krankenkassen würde der Reichsversicherungsanstalt eine sehr beträchtliche Minderung ihres Personals erlauben. Es ist ratsam, einen Zwang auf die Krankenkassen zur Übernahme der Beitragseinziehung und Überwachung für die Angestelltenversicherung nicht anzuwenden. Die Unterschiede bei den Krankenkassen hinsichtlich Bereitheit und Fähigkeit für solche Obliegenheiten sind zu erheblich. Kommt in freier Vereinbarung ein Übereinkommen zustande, so ist voraussichtlich mit einem Erfolge für die Angestelltenversicherung zu rechnen, der zur ausgedehnten Anwendung des Systems aneifern wird. Die freie Verständigung zwischen Angestellten- bzw. Invalidenversicherungsträgern und den örtlich zuständigen Krankenkassen sollte unschwer zu erzielen sein, da alle dem Volkswohle ausschließlich sich widmen, und die Krankenkassen — die eine angemessene Vergütung für Arbeiten, die sie für die anderen Versicherungen erledigen, verlangen — im wesentlichen ihre Geldmittel vorbeugend der Inanspruchnahme der Leistungen der Invaliden- und Angestelltenversicherung verwenden. Die Invalidenversicherung ist nicht mehr frei in ihren Entschließungen insofern, als das Reich durch den hundertprozentigen Zuschlag zu ihren Beiträgen das gleiche Interesse wie sie an höchst zulässigen Beitragseinnahmen in dieser Versicherung hat. Diese Anteilnahme dürfte den Gesetzgeber anregen, rein sachlich zu prüfen, wie Beitragsvorenthaltungen in der Invalidenversicherung am besten verhindert werden. Es ist dann ein Fortschritt auch hier zu erwarten.

Anmerkung der Schriftleitung: Die Schätzung, daß der Buchungsbetrieb bei der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte fast die Hälfte der Verwaltungskosten fordere, würde näheren Nachweises bedürfen. Das Direktorium der Versicherungsanstalt beziffert die gesamten Verwaltungs- und sonstigen Unkosten auf rund 56 Millionen Mark, wovon rund 45 Millionen auf die persönlichen und 11 Millionen auf die sachlichen Kosten entfallen. Gegenüber der gelegentlich im bayerischen Landtage vorgebrachten und dann in der Presse verbreiteten

Digitized by Google

Mitteilung, daß die Personalumkosten allein, bei 200 Millionen Einnahme, 60 Millionen verschlingen, stellt das Direktorium fest, daß die Beitragseinnahmen im Jahre 1920 tatsächlich 419 Millionen betrugen, denen jene angegebenen 56 Millionen Gesamtkosten gegenüberstanden.

Daß das gegenwärtige Verfahren der Beitragsentrichtung „nicht billig" ist und nach einem billigeren Verfahren gesucht werden muß, wird im übrigen von der Reichsversicherungsanstalt nicht bestritten. Das Direktorium hat in seinen Abänderungsvorschlägen zum Versicherungsgesetz für Angestellte, unter Zustimmung des Verwaltungsrats, unter anderem die Entrichtung der Beiträge durch Marken vorgesehen. Es führt hierüber in einer uns zugegangenen Zuschrift aus: „Wenn man sich dazu erst jetzt nach acht Jahren entschließt, so ist das darauf zurückzuführen, daß auch die bisherige Kontenführung den Versicherten große Vorteile bietet. So kann die Reichsversicherungsanstalt aus den bei ihr geführten Konten jederzeit eine versicherungstechnische Bilanz aufstellen und die für jeden Angestellten eingezahlten Beiträge ersehen, so daß der Verlust der Versicherungskarte dem Angestellten nicht schadet. Auch ist die vollständige Zahlung der Beiträge an Hand der Übersichten und Meldungen der Arbeitgeber und Angestellten gut zu überwachen. Mit den gesetzlichen Grundlagen des Beitragsverfahrens sind jedoch Einrichtungen verbunden, die einen großen Aufwand an Arbeit erfordern. Das Gesetz schreibt vor, daß die Arbeitgeber der Reichsversicherungsanstalt bei der ersten Beitragsleistung Übersichten über die fälligen Beiträge einzureichen und späterhin eingetretene Veränderungen anzuzeigen haben. Während der Entwurf zum Versicherungsgesetz für Angestellte die Arbeitgeber verpflichten wollte, der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte bei jeder Beitragszahlung eine vollständige Übersicht der gezahlten Beiträge einzureichen, bedingt das jetzt vorgeschriebene Verfahren, daß die Beiträge von Monat zu Monat für jeden Arbeitgeber fortgerechnet werden. Es müssen also Konten für die Arbeitgeber geführt werden. In Verbindung hiermit muß die monatliche Beitragssumme jedes Arbeitgebers auf die einzelnen Angestellten verteilt werden und dann müssen die für die einzelnen Angestellten geleisteten Beiträge auf die Versicherungskarten der Angestellten übertragen werden; dazu kommt nun noch, daß wider Erwarten zahlreiche Arbeitgeber namentlich die mit wenigen Angestellten — und das ist die große Mehrzahl — trotz aller Aufklärungen die Nachweise immer wieder so ungenau ausfüllen, daß ein kostspieliger Schriftwechsel geführt werden muß. Da die Kontenführung, entsprechend den in ihr liegenden Sicherungen schon an sich nicht billig ist, und die sachlichen und persönlichen Aufwendungen außerordentlich gestiegen sind, haben sich die Verwaltungskosten so erhöht, daß nach einem billigeren Verfahren gesucht werden muß. Unter diesen Umständen erscheinen Marken am empfehlenswertesten. Bei Marken ergibt sich außerdem für die Arbeitgeber der Vorteil, daß sie dann nicht mehr die jetzigen ausführlichen Nachweise aufzustellen, also weniger Arbeit haben, und für die Versicherten, daß sie in ihrer mit Beitragsmarken versehenen Versicherungskarte einen einwandfreien Nachweis darüber in Händen haben, daß die ihnen am Gehalt gekürzten Beiträge auch tatsächlich an die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte abgeführt sind."

Anmerkung des Verfassers (bei der Korrektur): Hinsichtlich des nach dem Eingange der vorstehenden Anmerkung vermißten Nachweises der Kosten des Buchungsbetriebes verweise ich auf die Angaben des Regierungsrats Klook in der „Ortskrankenkasse" 1919 Sp. 587.

Im übrigen bemerke ich, daß ich der Verwendung von Beitragsmarken nicht widersprechen möchte, jedoch empfehle, gleichzeitig das Einziehungsverfahren durch Krankenkassen zu erproben. Ob diesen Hebestellen dann Barquittung statt Markenklebung gestattet wird, ist in zweiter Linie zu entscheiden. Nötig ist beim Einzugsverfahren durch Krankenkassen die Markenklebung nicht, und die Barquittung bedeutet weitere Ersparnis an Kosten. Ein Verlust von Versicherungskarten ist beim Hebeverfahren durch Krankenkassen ausgeschlossen. Die Kassen vermögen übrigens jederzeit eine zweite Ausfertigung der Karten an Hand ihrer Unterlagen vorzunehmen. Die Unterlagen ermöglichen auch, durch einfache abschreiberische Tätigkeit der Reichsversicherungsanstalt alle Angaben zur Weiterführung ihrer Konten für Versicherte und Arbeitgeber zu liefern, so daß der Angestelltenversicherung nennenswerte Arbeit aus ihrer Kontenführung nicht mehr erwächst. Vollständige Zahlung der Beiträge gewährleistet die Krankenkasse der Angestelltenversicherung im Rahmen des tatsächlich Durchführbaren.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

„Beamte" im Sinne des § 169 Abs. 1 RVO. (§ 1 Vrdg. v. 3. 2. 19).

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 10. Januar 1920.

Nach § 169 Abs. 1 RVO. in der alten Fassung waren von der Krankenversicherungspflicht alle bei einer der daselbst aufgeführten Körperschaften beschäftigten Personen befreit, wenn ihnen gegen ihren Arbeitgeber im Erkrankungsfalle ein bestimmter Mindestanspruch auf Krankenhilfe oder gleichwertige Barleistungen gewährleistet war. Eine Unterscheidung zwischen beamteten und nichtbeamteten Beschäftigten bestand insoweit nicht. Demgegenüber schränkte § 1 der Verordnung vom 3. Februar 1919 den Kreis der von der Krankenversicherungspflicht befreiten Personen wesentlich ein. Nur für die Beamten der im Gesetz erwähnten Körperschaften wurde § 169 Abs. 1 RVO. in der alten Fassung aufrechterhalten, dagegen sind die sonstigen Beschäftigten der gedachten Körperschaften nach § 169 Abs. 2 RVO. in der neuen Fassung nur noch dann krankenversicherungsfrei, wenn sie auf Lebenszeit oder nach Landesrecht unwiderruflich oder mit Anrecht auf

Digitized by Google

Ruhegehalt angestellt sind und wenn ihnen gegen ihren Arbeitgeber ein dem § 169 Abs. 1 entsprechender Versorgungsanspruch zusteht (vgl. grundsätzl. Entsch. des RVA. vom 30. April 1920 i. S. des Staatsarchivs in Lübeck gegen die Allg. OrtsKrK. für das Gebiet der freien und Hansestadt Lübeck — II K 64/19). Aus diesem Inhalt und Zweck des § 1 der Verordnung vom 3. Februar 1919 ergibt sich, welche Auslegung dem § 4 Abs. 1 derselben Verordnung zukommt. Danach können die Worte „die ohne Beamteneigenschaft" lediglich auf § 1 Abs. 1 der Verordnung (§ 169 Abs. 1 RVO. in der neuen Fassung), die folgenden Worte „ohne ..... angestellt zu sein" lediglich auf die im § 1 Abs. 2 der Verordnung (§ 169 Abs. 2 RVO. in der neuen Fassung) bezogen werden. Die Versicherungsfreiheit der eingangs Erwähnten bleibt somit nach § 4 Abs. 1 der Verordnung vom 3. Februar 1919 auch über den Zeitpunkt des Inkrafttretens der Verordnung hinaus bestehen, wenn sie als Beamte anzusehen sind. Das ist in der angefochtenen Entscheidung mit Recht bejaht worden. Wie das Reichsversicherungsamt in ständiger Rechtsprechung angenommen hat (vgl. Anleitung über den Kreis der nach der RVO. gegen Invalidität und gegen Krankheit versicherten Personen vom 26. April 1912 — Amtl. Nachr. S. 720 ff. Ziff. 27 und die daselbst angeführten Entscheidungen), ist die Bestimmung darüber, ob eine im Staatsdienst zu beschäftigende Person auf Grund öffentlich-rechtlicher Anstellung oder nur kraft privatrechtlichen Vertrags anzunehmen ist, dem betreffenden Staat und seinen Zentralorganen vorbehalten. Entscheidend sind also, falls das öffentliche Recht des betreffenden Staates die Voraussetzungen für die Beamteneigenschaft nicht allgemein regelt, die von den zuständigen Ressorts für die einzelnen Zweige der Staatsverwaltung festgesetzten Normen. Da das sächsische Justizministerium in Übereinstimmung mit den anderen sächsischen Zivilministerien die am Streitverfahren beteiligten Personen als Staatsbeamte ansieht, so ist ihre Beamteneigenschaft i. S. des § 169 Abs. 1 RVO. in der neuen Fassung nicht zu beanstanden. Insbesondere ist es hierbei ohne Belang, ob sie nach den landesgesetzlichen Vorschriften oder nach den besonderen Anstellungsbedingungen nur widerruflich auf Kündigung beschäftigt werden (vgl. Revisionsentsch. 718, Amtl. Nachr. des RVA. 1899 S. 435). (Breithaupt.)

Ruhen der Krankenhilfe für Kriegsbeschädigte im Ausland.

Erlaß des **Reichsarbeitsministers** vom 14. Februar 1921 (RVersorg. Bl. S. 136).

Nach § 216 Abs. 1 Nr. 2 der RVO. ruht die Krankenhilfe für Berechtigte, die sich nach Eintritt des Versicherungsfalles freiwillig ohne Zustimmung des Kassenvorstandes ins Ausland begeben, solange sie sich dort ohne diese aufhalten. Wird ein Kriegsbeschädigter von der zuständigen Fürsorgestelle in ein im Ausland gelegenes Kurhaus (z. B. Davos in der Schweiz) eingewiesen, so ist es nicht allgemein anerkannt, daß der Aufenthalt im Ausland kein „freiwilliger" im Sinne des Gesetzes ist. Um unnötige und von den Beteiligten peinlich empfundene Weiterungen zu vermeiden und die Auszahlung des Krankengeldes unbedingt sicherzustellen, wird ersucht, in den genannten Fällen sich *vor* der Einweisung eines Kriegsbeschädigten mit dem zuständigen Krankenkassenvorstand zur Herbeiführung seiner in § 216 Abs. 1 Nr. 2 der RVO. vorgesehenen Zustimmung rechtzeitig in Verbindung zu setzen.

Anmerkung: Die „Betriebskrankenkasse" (S. 47) bemerkt hierzu: „Selbstverständlich werden die Betriebskrankenkassen in den in dem Erlasse bezeichneten Fällen die Krankenhilfe nicht ruhen lassen; sie werden ihre Zustimmung nicht versagen. Wie eine Nachricht des Reichsarbeitsministeriums an die Kassenhauptverbände ergibt, waren in dieser Beziehung bei einigen Ortskrankenkassen Zweifel aufgetaucht."

Zulässige Bestimmungen der Krankenordnung in bezug auf Geschlechtskranke.

Beschluß des **Reichsversicherungsamts** vom 3. Dezember 1920.

Der Ausschuß einer Betriebskrankenkasse hatte beschlossen, der Krankenordnung der Kasse folgende Bestimmungen einzufügen:

„Geschlechtskranke Mitglieder haben, sobald sie ihre Krankheit wahrnehmen, es sofort bei der Kasse schriftlich oder mündlich zu melden. Die gleiche Verpflichtung liegt den Mitgliedern ob, sobald sie von einer Geschlechtskrankheit ihrer nichtversicherten Familienangehörigen Kenntnis erhalten.

Die Meldung ist auch dann zu erstatten, wenn die ärztliche Behandlung durch einen Nichtkassenarzt oder sonst auf eigene Kosten erfolgt.

Geschlechtskranke Mitglieder sind verpflichtet, auf Vorladung bei der Beratungsstelle für Geschlechtskranke zu erscheinen und deren Anordnungen zu befolgen, auch ihre geschlechtskranken, nichtversicherten Familienangehörigen dazu anzuhalten."

Das Versicherungsamt hat mit Entscheidung vom 30. Juni 1920 diesen Bestimmungen die Genehmigung versagt, weil die Krankenordnung lediglich solche kranken Mitglieder treffen solle und könne, welche die Leistungen der Krankenkasse in Anspruch nehmen. Auf die Beschwerde des Kassenvorstandes hat das Oberversicherungsamt (Beschlußkammer) die Sache gemäß § 1799 RVO. zur grundsätzlichen Entscheidung an das Reichsversicherungsamt abgegeben. Es hat sich den Ausführungen des Versicherungsamts im allgemeinen angeschlossen. Das RVA. hat im entgegengesetzten Sinne entschieden aus folgenden *Gründen*:

Die in den neuen Bestimmungen der Krankenordnung den Kassenmitgliedern auferlegten Pflichten sind dreierlei Art. Es handelt sich

1. um eine Meldepflicht der Kasse gegenüber, sobald ein Mitglied eine Geschlechtskrankheit bei sich wahrnimmt,

Digitized by Google

2. um die Pflicht geschlechtskranker Mitglieder, den Vorladungen und Anordnungen der Beratungsstellen für Geschlechtskranke zu folgen, und
3. um die Pflicht der Mitglieder, geschlechtskranke, nichtversicherte Familienangehörige entsprechend dem Falle zu 1 zu melden und sie zu einem Verhalten wie 2 anzuhalten.

Nach Ansicht der Vorinstanzen fällt die Auferlegung dieser Pflichten aus dem Rahmen des § 347 a. a. O. heraus. Dort ist vorgeschrieben, daß der Ausschuß „Meldung und Überwachung der Krankheit sowie ihr Verhalten" durch eine Krankenordnung zu regeln hat. Ergänzend bestimmt § 529 a. a. O., daß der Kassenvorstand gegen einen Versicherten, der die Krankenordnung übertritt, Strafen bis zum dreifachen Betrage des täglichen Krankengeldes für jeden Übertretungsfall festsetzen kann. Schon nach dem früheren Recht (§§ 6a Abs. 2, 26a Abs. 2 Ziff. 2a des Krankenversicherungsgesetzes) konnte durch das Kassenstatut bestimmt werden, daß Mitglieder, die den durch Beschluß der Generalversammlung über die Krankenmeldung, das Verhalten der Kranken und Krankenaufsicht erlassenen Vorschriften zuwiderhandeln, Ordnungsstrafen bis zum dreifachen Betrage des täglichen Krankengeldes für jeden einzelnen Übertretungsfall zu erlegen haben. Diese frühere Befugnis der Kassen ist in der Reichsversicherungsordnung zu einer Pflicht ausgestaltet. Die Begründung des § 360 des Entwurfs (§ 347 des Gesetzes) sagt hierzu: „Das Streben der Krankenversicherung geht dahin, eingetretene Krankheiten der Versicherten möglichst rasch und gründlich zu heilen. Um diesen Zweck zu erreichen, bedarf es des verständnisvollen Mitwirkens der Erkrankten selbst. Es liegt in ihrem eigenen Interesse, wie in dem der Kasse, daß sie nicht durch ein zweckwidriges Verhalten den Heilprozeß verzögern oder vereiteln."

Die Krankenordnung soll also ein Verhalten des Kranken herbeiführen, das notwendig ist, um den gleichmäßig in seinem wie in dem Interesse der Krankenkasse liegenden raschen und gründlichen Heilerfolg sicherzustellen. Die Erreichung dieses Zieles erschien dem Gesetzgeber so wichtig, daß er den Kassen die Aufstellung der Krankenordnung zur Pflicht gemacht hat. Die Krankenordnung bezieht sich nach dem klaren Wortlaut des § 347 a. a. O. nicht auf alle Kassenmitglieder, sondern nur auf die Kranken. Darüber aber, in welchem Umfange „Meldung und Überwachung der Kranken sowie ihr Verhalten" durch sie zu regeln sei, geben weder das Gesetz noch die Entstehungsgeschichte näheren Anhalt. Hierfür kann lediglich der bereits gekennzeichnete Zweck der Krankenordnung, wie er sich aus der Begründung zur Reichsversicherungsordnung ergibt, herangezogen werden. Dem Versicherungsamt ist darin beizutreten, daß die Krankenordnung sich im allgemeinen auf solche Kranke zu beschränken haben wird, welche die Kassenleistungen in Anspruch nehmen. Das gilt besonders von der Regelung des „Verhaltens" der Kranken. Denn für dieses werden in der Regel die Anordnungen des Kassenarztes maßgebend sein. Richtig ist ferner, daß die Kassenmitglieder nicht verpflichtet sind, bei Krankheit die Leistungen der Kasse entgegenzunehmen. Es steht ihnen frei, auf Krankenhilfe überhaupt zu verzichten oder sie sich von anderer Seite zu verschaffen. Das schließt aber nicht aus, daß die Bestimmungen der Krankenordnung über „Meldung und Überwachung" in besonderen Ausnahmefällen über den Kreis derer hinausgreifen, die Kassenleistungen beziehen, und sich auf alle kranken Mitglieder erstrecken. Eine solche Ausnahme wird dann statthaft sein, wenn der mit der Krankenordnung verfolgte Zweck, nämlich das Mittätigwerden des Kranken zur Sicherstellung des Heilerfolges, nur so erreicht werden kann. Das ist der Fall bei den Geschlechtskrankheiten. Die außerordentliche Gefahr, die dem gesamten Volke aus der immer noch zunehmenden Ausbreitung dieser Krankheiten erwächst, verlangt besondere Maßnahmen. Ihre Überwindung berührt nicht lediglich die Interessen des Kranken und seiner Kasse, sondern im höheren Maße noch die Allgemeinheit. Den verheerenden Folgen dieser Volksseuche kann wirksam nur durch möglichst rasche Erfassung des einzelnen Krankheitsfalles entgegengetreten werden. Geeignete Maßnahmen zur zwangsweisen Herbeiführung der Behandlung Geschlechtskranker bleiben der Gesetzgebung vorbehalten. Den Kassen aber muß wenigstens das Recht zugestanden werden, von ihren Mitgliedern, mit denen sie durch die Vorschriften über die Krankenversicherung in naher Verbindung stehen, die Meldung der Geschlechtskrankheit zu verlangen. Diese Meldung gibt den Kassen Gelegenheit, durch mündliche Belehrung über Wesen und Gefahr der Krankheit durch Verteilung von Merkblättern oder in sonst geeigneter Weise auf den Kranken einzuwirken, sich schleunigst einer geregelten ärztlichen Behandlung zu unterwerfen. Gerade von dem schnellen Eingreifen der Behandlung hängt nach dem jetzigen Stande der ärztlichen Wissenschaft besonders bei der Syphilis der Erfolg wesentlich ab. Die meisten Kranken werden sich der Behandlung nicht entziehen, wenn sie über die Bedeutung ihrer Krankheit, die verhältnismäßig schnelle Heilungsmöglichkeit und die schweren Gefahren, denen sie bei nicht sachgemäßer Behandlung entgegengehen, rechtzeitig aufgeklärt sind. Deshalb ist schon das Bekanntwerden der Erkrankungsfälle an den zuständigen Stellen für den Erfolg der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten von großer Bedeutung. Das ist aber vor weitergehenden gesetzlichen Maßnahmen nur durch Einführung der Meldepflicht bei

Digitized by Google

der Krankenkasse zu ermöglichen. Ihr stehen auch nicht die Bedenken entgegen, die sonst gewöhnlich unter Hinweis auf die Gefahr des Bekanntwerdens der Krankheit und der damit für den Kranken verbundenen Nachteile gegen eine allgemeine Meldepflicht für Geschlechtskranke erhoben werden. Denn nach § 141 RVO. unterliegen die Mitglieder der Organe und die Angestellten der Krankenkassen hinsichtlich dessen, was ihnen in amtlicher Eigenschaft über Krankheiten Versicherter oder ihre Ursachen bekannt geworden ist, der gleichen Schweigepflicht wie die Ärzte. Mit Recht verlangt ferner die Krankenordnung vorliegend eine Meldung auch dann, wenn die ärztliche Behandlung durch einen Nichtkassenarzt oder sonst auf eigene Kosten bereits erfolgt. Denn die Art der Geschlechtskrankheiten erfordert eine längere Überwachung des Kranken, die der behandelnde Arzt schwer allein bewerkstelligen kann. Nur mit Hilfe einer solchen Überwachung kann der Kranke mit hinreichender Sicherheit der endgültigen Heilung zugeführt werden.

Die Notwendigkeit der Überwachung führt dazu, den geschlechtskranken Mitgliedern die weitere Pflicht aufzuerlegen, auf Vorladung bei der Beratungsstelle für Geschlechtskranke zu erscheinen und ihre Anordnungen zu befolgen. Es handelt sich dabei lediglich um eine Überwachungsmaßnahme der Krankenkasse, die aus dem gleichen Grunde gerechtfertigt ist wie die Meldevorschrift. Die von den Versicherungsanstalten eingerichteten Beratungsstellen für Geschlechtskranke befassen sich regelmäßig nicht mit der Krankenbehandlung. Ihre Aufgabe besteht neben der Beratung der ihnen von Ärzten, Krankenkassen oder anderen Stellen gemeldeten oder solcher Kranken, die sich freiwillig an sie gemeldet haben, hauptsächlich darin, die Kranken, und zwar gilt dies namentlich für die nach der Art des Leidens längere Zeit beobachtungsbedürftigen Syphilitiker, wie für solche Gonorrhoiker, die vorzeitig, ohne Wissen und Willen des Arztes aus der Behandlung ausgeschieden sind, gesundheitlich zu überwachen, sie in bestimmten zeitlichen Abschnitten zu untersuchen und zu gegebener Zeit erneuter Behandlung zuzuführen (zu vgl. Kaufmann: Krieg, Geschlechtskrankheiten und Arbeiterversicherung, Berlin 1916; derselbe: Die neuen Beratungsstellen für Geschlechtskranke, Berlin 1917, Franz Vahlen). Die Beratungsstellen sind organisch mit den Versicherungsanstalten verbunden, ihre Angestellten unterliegen daher, wie nebenher bemerkt sei, ebenfalls der Schweigepflicht des § 141 a. a. O. Die Tätigkeit der Beratungsstellen, die Herbeiführung der rechtzeitigen und gründlichen Heilung der Kranken durch fortlaufende Überwachung steht gleichmäßig im Dienste der Kranken- wie der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung. Deshalb kann auch in der Meldung eines Kranken seitens der Krankenkasse an die Beratungsstelle kein „unbefugtes Offenbaren" im Sinne des § 141 a. a. O. erblickt werden (zu vgl. Bescheid 2200, Amtl. Nachr. des RVA. 1916 S. 492). Übernimmt also die Beratungsstelle die Überwachung eines ihr von der Krankenkasse gemeldeten geschlechtskranken Versicherten, so setzt sie nur die Geschäfte der Krankenkasse fort im Rahmen der gesamten Arbeiterversicherung. Da aber die Beratungsstelle keine Zwangsmaßnahmen gegen einen Versicherten ergreifen kann, der nicht gutwillig ihren Vorladungen und der Überwachung dienenden Anordnungen folgt, so ist es notwendig, in der Krankenordnung eine Verpflichtung hierzu aufzustellen und die Zuwiderhandlung mit Strafe zu bedrohen. Hierdurch wird die für den Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten fast unentbehrlich gewordene Tätigkeit der Beratungsstelle wirksam unterstützt.

Was endlich die den Kassenmitgliedern hinsichtlich ihrer geschlechtskranken, nichtversicherten Familienangehörigen in den neuen Bestimmungen der Krankenordnung auferlegten Pflichten anlangt, so sind auch hier keine ernstlichen Bedenken geltend zu machen. Allerdings kann es zweifelhaft sein, ob solche Familienangehörige für Übertretungen der Krankenordnung selbst bestraft werden dürfen. Das Reichsversicherungsamt hat zu dieser Frage noch nicht Stellung zu nehmen gehabt. Ferner ist in der Entsch. 1873, Amtl. Nachr. des RVA. 1914 S. 603) ausgesprochen, daß auch die Versicherten für Übertretungen der Krankenordnung durch Familienangehörige, denen Familienhilfe gewährt wird, nicht bestraft werden können, weil nach § 529 RVO., der das Strafrecht der Krankenkassen erschöpfend regelt, ein Versicherter nur für Verfehlungen bestraft werden kann, die er selbst begangen hat. Vorliegend handelt es sich aber weder um das eine noch um das andere. Vielmehr soll hier den Kassenmitgliedern nur die Pflicht auferlegt werden, bei Geschlechtskrankheit ihrer nichtversicherten Familienangehörigen selbst tätig zu werden, nämlich den Fall der Krankenkasse zu melden und ihre Angehörigen zur Befolgung der Ladungen und Anordnungen der Beratungsstelle anzuhalten. Hiernach können sie lediglich bestraft werden, wenn sie die von ihnen verlangte Tätigkeit unterlassen. Haben sie die Meldung erstattet oder auf ihre Familienangehörigen, soweit man es billigerweise von ihnen erwarten kann, einzuwirken gesucht, den Ladungen und Anordnungen der Beratungsstellen zu folgen, so sind sie für deren weitere Unterlassungen nicht verantwortlich. Eine solcher Weise eingeschränkte Bestimmung ist nicht zu beanstanden, und es ist immerhin mit ihr dem dringendsten Bedürfnis Genüge getan. Auch Hahn (Handb. der Krankenverf., Anm. 1b zu § 347 RVO.) hält es für zulässig, gewisse Pflichten in bezug auf die Meldung und Überwachung der kranken Angehörigen, so namentlich die Pflicht rechtzeitiger Krankmeldung oder die Pflicht, dem Krankenaufseher Zu-

Digitized by Google

tritt zu gestatten, den Mitgliedern selbst aufzuerlegen. Die vorliegende Fassung des letzten Absatzes der neuen Bestimmungen könnte vielleicht zu der zweifellos nicht beabsichtigten Auslegung führen, daß nur geschlechtskranke Mitglieder verpflichtet sein sollten, ihre geschlechtskranken, nichtversicherten Familienangehörigen zur Befolgung der Ladungen und Anordnungen der Beratungsstellen anzuhalten. Es wird deshalb zur Vermeidung eines solchen Irrtums folgende, sachlich nichts ändernde Fassung empfohlen: „Geschlechtskranke Mitglieder sind verpflichtet, auf Vorladung bei der Beratungsstelle für Geschlechtskranke zu erscheinen und deren Anordnungen zu befolgen; dazu haben die Mitglieder auch geschlechtskranke, nichtversicherte Familienangehörige anzuhalten."

Da hiernach keine der neu in die Krankenordnung aufgenommenen Bestimmungen gesetzlich unzulässig ist, war ihnen unter Aufhebung der angefochtenen Entscheidung die Genehmigung zu erteilen.

B. Zur Unfallversicherung.

Ersatzanspruch der Landesversicherungsanstalt gegen die Berufsgenossenschaft wegen eines Heilverfahrens für den Verletzten.

Rev. Entsch. des **Reichsversicherungsamts**, Großen Senats, v. 18. Dezember 1920 (II a. E. 1/20).

Die §§ 1524, 1525 der RVO. machen den Ersatzanspruch der Landesversicherungsanstalt für die Kosten eines Heilverfahrens, das die Landesversicherungsanstalt wegen einer, die Folge eines entschädigungspflichtigen Unfalls bildenden Krankheit eingeleitet hat, gleichmäßig davon abhängig, daß das Heilverfahren den Träger der Unfallversicherung entlastet. Sie unterscheiden sich nur dadurch, daß § 1524 die Fälle behandelt, in denen das Heilverfahren den Eintritt der Invalidität verhindert oder sie beseitigt, während § 1525 anzuwenden ist, wenn dieser Erfolg ausbleibt. Die Frage, was unter einer Entlastung des Trägers der Unfallversicherung zu verstehen sei, ist also für beide Paragraphen übereinstimmend zu beantworten. Da vorliegend die Invalidität trotz des Heilverfahrens fortbestand, ist der Ersatzanspruch nach § 1525 zu beurteilen. Daß das Heilverfahren überhaupt keinen wesentlichen Erfolg hatte, ist außer Streit. Es fragt sich deshalb lediglich, ob eine Entlastung der Berufsgenossenschaft im Sinne des § 1525 a. a. O. schon darin erblickt werden kann, daß die Berufsgenossenschaft während des Heilverfahrens keine Rente zu zahlen hatte.

Die §§ 1524, 1525 sind hervorgegangen aus den §§ 21, 47 und 113 Abs. 5 des Invaliden-VersGes. In § 21 des Invaliden-VersGes. hat der Gesetzgeber ausdrücklich hervorgehoben, was er unter der „Entlastung" verstanden wissen will. Er verlangt eine Entlastung des entschädigungspflichtigen Trägers der Unfallversicherung, „indem die Unfallentschädigung ganz oder zum Teil nicht zu bewilligen war oder in Wegfall gekommen ist". Hier ist klar zum Ausdruck gebracht, daß eine Entlastung der Berufsgenossenschaft nur in einer völligen oder teilweisen Erleichterung ihrer zukünftigen Leistungen zu erblicken ist. Daß das beabsichtigt war, ergeben auch die Verhandlungen bei der Beratung des Entwurfs zum Invaliden-VersGes. im Plenum des Reichstags, Stenogr. Bericht S. 2534. Die Entstehungsgeschichte der §§ 1524, 1525 RVO. bietet keinen Anhalt für die Annahme, daß man von dem bisherigen Rechtszustand, wie er in dem Invaliden-VersGes. gekennzeichnet war, habe abweichen wollen. Vielmehr läßt sich die Begründung zur Reichsversicherungsordnung als Beweis für das Gegenteil anführen. Dort heißt es auf S. 464 (zu § 1504 des Entw., § 1524 des Ges.): „Die Versicherungsanstalt kann durch das Heilverfahren, das sie einem Unfallverletzten wegen der Folgen des Unfalls gewährt, den Träger der Unfallversicherung entlasten. Dabei kann das Heilverfahren zugleich den Eintritt der Invalidität hindern (bisher § 21 des Invaliden-VersGes.), oder es kann die schon vorhandene Invalidität wieder beseitigen (bisher § 47 a. a. O.). Oder endlich kann zwar die Invalidität infolge des Unfalls trotz des Heilverfahrens eintreten oder bestehen bleiben, aber der Grad der Erwerbsunfähigkeit immerhin zum Vorteil des Trägers der Unfallversicherung gebessert werden (bisher § 113 Abs. 5 a. a. O.)." Also auch hier ist von einer Entlastung nur im Sinne einer Wirkung für die Zukunft die Rede. Sie wird nämlich dann anerkannt, wenn zwar nicht die Invalidität behoben oder verhindert, wohl aber eine gewisse Besserung durch das Heilverfahren erzielt ist, welche die zukünftigen Leistungen der Berufsgenossenschaft zu verringern geeignet ist.

Spricht hiernach die Entstehungsgeschichte der §§ 1524, 1525 dafür, daß eine Entlastung der Berufsgenossenschaft nicht schon in der Ersparnis der Rente für die Zeit des Heilverfahrens der Landesversicherungsanstalt zu erblicken ist, so ergibt sich das auch ohne weiteres aus dem Aufbau des § 1524 selbst. Dort wird im zweiten Absatz für den Fall, daß die Landesversicherungsanstalt das Heilverfahren gewährt, dies für die Entschädigungsansprüche der Berechtigten einem von dem Träger der Unfallversicherung gewährten entsprechenden Heilverfahren gleichgestellt und der Träger der Unfallversicherung von seiner Pflicht zur Gewährung von Angehörigenrente an die Berechtigten befreit, soweit die Landes-

Digitized by Google

versicherungsanstalt für diese Hausgeld gezahlt hat. Es wäre ein Widerspruch in sich, wenn man annehmen wollte, daß diese, vom Gesetzgeber im Falle eines die Berufsgenossenschaft entlastenden Heilverfahrens der Landesversicherungsanstalt der Berufsgenossenschaft zugebilligten Erleichterungen eine Entlastung im Sinne des ersten Absatzes des § 1524 darstellen sollten. Umgekehrt muß erst eine durch das Heilverfahren herbeigeführte Entlastung der Berufsgenossenschaft erwiesen sein, um die Erleichterungen des zweiten Absatzes zu ermöglichen. Die Entlastung muß also in anderen Gesichtspunkten als in der Ersparnis der Leistungen der Berufsgenossenschaft während des Heilverfahrens gefunden werden. Dazu kommt, daß es unbillig wäre, wenn die Berufsgenossenschaft zum gegebenenfalls vollen Ersatz der Kosten eines Heilverfahrens herangezogen werden könnte, das die Landesversicherungsanstalt aus freiem Ermessen ohne Zutun der Berufsgenossenschaft eingeleitet hat, und das der Berufsgenossenschaft keinen anderen Vorteil brächte als eine Ersparnis der Rente während der Dauer der Heilbehandlung.

Nach alledem ist der Anspruch der Landesversicherungsanstalt, der sich lediglich darauf stützt, daß die Berufsgenossenschaft insofern entlastet sei, als sie während des Heilverfahrens keine Rente zu zahlen brauchte, unbegründet.

C. Zur Angestelltenversicherung.

Entscheidungen des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung.

(„Angestelltenversicherung" 1921 Nr. 2 S. 20 ff.)

Nr. 442. Die Vorschrift des § 396 Abs. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte, wonach bei der Berechnung der Witwen- und Witwerrente nur der Wert der in den ersten 60 Beitragsmonaten entrichteten Beiträge berücksichtigt wird, findet nach § 57 Abs. 2 auch auf die Berechnung der Waisenrenten Anwendung.

Nr. 443. Die Packerin (Kontrolleurin) eines Warenhauses, die neben der eigentlichen Paketkontrolle die Verkaufszettel rechnerisch auf ihre Richtigkeit nachzuprüfen hat, ist versicherungspflichtig nach § 1 Abs. 1 Nr. 3 des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

Nr. 444. Ein Lokomotivaufseher in einem Hüttenwerk, der unter Aufsicht eines Oberaufsehers (und eines Maschinenmeisters) ein Bedienungspersonal von etwa 20 Mann auf Schmalspurlokomotiven beaufsichtigt, ist nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

Nr. 445. Ist über die Versicherungspflicht bereits nach § 210 des Versicherungsgesetzes für Angestellte rechtskräftig entschieden, so kann diese Frage nicht durch ein Verfahren über Beitragsleistung nach § 210 a. a. O. von neuem zur Entscheidung gebracht werden.

Nr. 446. Die Teilnahme eines Versicherten an einem Musterungstermine gilt nicht als Ersatztatsache im Sinne des § 51 Nr. 1 des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

Nr. 447. Die Annahme an Kindesstatt hat den Wegfall der Waisenrente nicht zur Folge.

Nr. 448. Modelleure einer Porzellanmanufaktur, die Modelle nicht nur nachbilden, sondern auch auf Grund eigener Studien entwerfen, sind nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte versicherungspflichtig.

Nr. 449. Personen, die in der Zuschneidekunst unterweisen, sind versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

Nr. 450. § 8 Abs. 1 des Gesetzes, betreffend den Schutz der infolge des Krieges an der Wahrnehmung ihrer Rechte behinderten Personen, vom 4. August 1914 (RGBl. S. 328) gilt auch für die Verjährung rückständiger Beiträge zur Angestelltenversicherung.

Nr. 451. Versicherungsfreiheit auf Grund der Bekanntmachung über Versicherungspflicht von Angestellten für Beschäftigungen während des Krieges vom 30. September 1916 (RGBl. S. 1097) ist dann nicht gegeben, wenn eine versicherungspflichtige Tätigkeit über die Dauer des Krieges hinaus beabsichtigt war und der Angestellte vor Beendigung des Krieges verstorben ist.

Sprechsaal.

Kapitalanlagen der Krankenkassen.

Bei den zur Zeit allgemein hohen Beitragssätzen verfügen viele Kassen zeitweise über große Barbestände, die nicht sogleich zur Deckung von Ausgaben benötigt werden. Umsichtige Kassenverwaltungen werden die verfügbaren Gelder möglichst sofort zinstragend anlegen; jedoch wird von den zu diesem Zwecke zur Verfügung stehenden Geldinstituten, den Sparkassen und Banken, gegenwärtig nur ein mäßiger Zinsfuß von 3 bis 3½ v. H. vergütet, wobei außerdem vom Zinserträgnis 10 v. H. Kapitalertragssteuer einbehalten werden.

Die Krankenkassen seien deshalb auf eine andere Möglichkeit zur Erzielung eines höheren Zinserträgnisses hingewiesen, und zwar auf den Erwerb von kurz- und langfristigen Reichsschatzanweisungen. Diese Anweisungen können in beliebigen Beträgen von 500 bis 5 000 000 ℳ bei jeder Reichsbankstelle angemeldet werden. Die Laufzeit, das heißt die Zeit

Digitized by Google

vom Einzahlungs- bis zum Fälligkeitstage beträgt 14 Tage bis 90 Tage. Die Beträge können demnach so angelegt werden, daß sie schon nach einer ganz kurzen, im voraus genau bestimmten Zeit wieder zur Verfügung stehen, wenn die Bestände benötigt werden, andernfalls kann die Laufzeit immer wieder verlängert werden. Das eingezahlte Kapital wird bei kurzfristigen Anweisungen mit 4¼ und bei langfristigen mit 4⅝ v. H. verzinst, ohne daß dann noch die Kapitalertragssteuer in Abzug kommt. Auch werden die Zinsen gleich bei Einzahlung des Kapitals zum voraus vergütet. Die Vorteile dieser Kapitalanlage sind ohne weiteres klar ersichtlich. Irgend welche Bedenken bezüglich der Sicherheit, dürften, weil die Mündelsicherheit gegeben ist, nicht entstehen. Die Buchungen können für diese Art der Kapitalanlage genau so ausgeführt werden, wie bei jeder anderen Bankanlage. Es ist nur zu wünschen, daß recht viele Kassen von dieser, noch viel zu wenig bekannten, vorteilhaften Möglichkeit der Kapitalanlage Gebrauch machen.

G. König, Geschäftsführer
der Allgem. Ortskrankenkasse Lahr i. B.

Beitragseinnahmen und persönliche Verwaltungskosten bei der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte.

Von der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte erhalten wir folgende Zuschrift:

„In der kürzlich erschienenen Druckschrift des Präsidenten des Reichsversicherungsamts Dr. Kaufmann »Wiederaufbau und Sozialversicherung« findet sich auf Seite 58 die Bemerkung, gelegentlich der im April 1920 in Hannover stattgefundenen Tagung der Landesversicherungsanstalten sei erwähnt worden, die persönlichen Verwaltungskosten der Reichsversicherungsanstalt betrügen nach Inkrafttreten der neuen Besoldungsordnung 60 Millionen Mark, was einem Drittel der gegenwärtigen Beitragseinnahmen entspreche. Diese Behauptungen sind in zweifacher Hinsicht unrichtig. Einmal betrugen die Einnahmen der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte an Beiträgen im Jahre 1920 nicht 180 Millionen, sondern 419 Millionen. Ferner betrugen ihre persönlichen Verwaltungskosten unter Berücksichtigung der neuen Besoldungsordnung nicht 60 Millionen, sondern nur 45 Millionen. Demnach machen die persönlichen Verwaltungskosten nicht ein Drittel, sondern etwa ein Zehntel der Einnahmen aus Beiträgen aus. — Daß die sachlichen Verwaltungskosten 11 Millionen betragen, mag der Vollständigkeit halber hinzugefügt werden.

Hierzu sei folgendes bemerkt: Die vorstehende Berichtigung trifft, wie sich aus ihrem Inhalt selbst ergibt, nicht eine eigene Behauptung des Herrn Präsidenten Dr. Kaufmann, sondern eine von ihm lediglich berichtend und ohne eigene Stellungnahme zur Sache wiedergegebene, bei der Tagung der Landesversicherungsanstalten im April 1920 von anderer Seite gemachte Mitteilung. Sie findet sich in der auch von uns im Jahrg. 1920 S. 263 auszugsweise wiedergegebenen Eingabe des Verbandes deutscher Landesversicherungsanstalten an die Nationalversammlung vom April 1920. Die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte hatte, soweit uns bekannt geworden, die jetzt berichtigten Angaben bisher nicht beanstandet. Erst nachdem das Jahr 1920 abgelaufen und die zweite Auflage der Kaufmannschen Schrift mit den in Frage stehenden Angaben auf Grund jener Eingabe längst im Buchhandel erschienen war, hat die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte dazu Stellung genommen. Dabei hat sie das Ergebnis der Beitragseinnahme für 1920 zugrunde gelegt, das zu der Zeit, als die Eingabe des Verbandes der deutschen Landesversicherungsanstalten erfolgte, zum erheblicheren Teile noch in der Zukunft lag.

Die Mitteilung jener Eingabe des Verbandes der deutschen Landesversicherungsanstalten konnte sich nur auf die damals „gegenwärtige" Beitragseinnahme, und zwar unter Zugrundelegung der Schätzung des damals noch nicht bekanntgegebenen Ergebnisses der Beitragseinnahmen für 1919 beziehen. Wenn unter diesem Gesichtspunkt die Angabe nicht zutreffend war, so hätte, wie wir meinen, die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte Anlaß zu einer sofortigen Richtigstellung gehabt. Die Beiträge des Jahres 1920 mit seinen später durch die Erweiterung der Versicherungsgrenze (Gesetz vom 31. 5. 20, RGBl. S. 1144) und durch die im Laufe und namentlich gegen Ende des Jahres erfolgte Erhöhung der Angestelltengehälter veränderten Verhältnissen standen, wie aus dem Sinne der Mitteilungen zu entnehmen ist, damals nicht in Frage.

Bewertung der Kriegsanleihe in der Vermögensnachweisung der Krankenkassen.

Wir erhalten folgende Zuschrift aus Dortmund: „Zu der von Ihnen in Nr. 6 der „Arbeiter-Versorgung" S. 118 Ziff. 2 erteilten Antwort möchte ich folgendes bemerken: Die Bestimmungen des Bundesrats vom 9. 10. 13 besagen darüber, daß Nennwert, Anschaffungswert und Kurswert der Wertpapiere anzugeben sind, jedoch nicht, daß der Anschaffungswert als maßgebend für die Bewertung gilt. Bisher war es wohl bei allen Kassen üblich, die Wertpapiere nach kaufmännischen Grundsätzen in die Vermögensrechnung einzustellen, und zwar so, daß der Kurswert, also der jeweilige Verkaufswert am 31. Dezember jedes Jahres, maßgebend war. In Fällen, wo der Kurswert den Anschaffungswert überstieg, was früher manchmal vorkam, durfte jedoch nicht mehr wie der Anschaffungswert zugrunde gelegt werden. Es sollen eben keine fiktiven Werte, sondern höchstens Realwerte der Berechnung des Vermögens zugrunde gelegt werden. Durch Ihre Auskunft werden Sie manchen Kassenführer in Verlegenheit bringen, da bei dem heutigen Tiefstande der Wertpapierkurse sich bei Ihrer Berechnung sehr große Mehrwerte an Vermögen errechnen lassen, die nach strengem Maßstabe nicht vorhanden sind."

Diese Zuschrift beruht auf einem Mißverständnis. Denn unsere Auskunft besagt nur, daß nach den maßgebenden Bestimmungen des Bundesrats Wertpapiere zum Anschaffungspreise „einzustellen" sind — nicht „daß der Anschaffungswert als maßgebend für die Bewertung gilt". Ist der Kurswert am Schlusse des Geschäftsjahres niedriger als der Anschaffungspreis, so ist nach denselben Bestimmungen der Kurswert „anmerkungsweise anzugeben". Dadurch wird eine falsche „Bewertung" ausgeschlossen, obwohl in die Nachweisung selbst der Anschaffungspreis eingestellt wird.

Digitized by Google

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Vom Verbande der Ortskrankenkassen Elsaß-Lothringens

ist uns wiederum ein Bericht zugegangen (zu vgl. ArbVers. 1920 S. 215), diesmal über die Tagung des Verbandes vom 9. und 10. Oktober 1920 in Kolmar. Wir begrüßen es als dankenswert, daß der Verband sich bei solchen Anlässen des (freilich gar nicht zu verleugnenden) Zusammenhangs seiner Existenz und der ihm obliegenden Aufgaben mit deutscher Gesetzgebung und deutschen Einrichtungen erinnert. Hier sind die starken Wurzeln seiner Kraft! In einer Entschließung wird abermals der Wunsch ausgedrückt, „daß die bestehende Gesetzgebung in Elsaß und Lothringen — also die im wesentlichen fortgeltende deutsche Reichsversicherungsordnung — mit den Ortskrankenkassen als gesetzliche Versicherungsträger auf das ganze Mutterland (gemeint ist: Frankreich!) ausgedehnt werde". — Den Mittelpunkt der Verhandlungen bildete das Interesse der Krankenkassen an der Tuberkulosebekämpfung in Elsaß und Lothringen. Im übrigen beschäftigte sich die Versammlung noch mit zwei „Anregungen", von denen die eine die Regelung der Zahnarzt- und Zahntechnikerfrage auf Grund der §§ 122, 123 RVO., die andere die allgemeine Einführung der Familienhilfe betraf.

Der Bericht ist wieder, wie es kaum anders sein kann, in französischer Sprache und deutscher Übersetzung erschienen, aber diese Übersetzung ist in häßlicher Weise durchsetzt mit französischen Brocken ohne ersichtlichen Grund. Man kann es allenfalls verstehen, wenn vermieden wird, von der „Reichsversicherungsordnung" zu reden; das läßt sich aber leicht umgehen, wenn man einfach die „Versicherungsordnung anführt, und nötigt nicht zu der geschmacklosen Wendung: „Gemäß § 122 du Code des assurances sociales" usw. Und völlig komisch wirkt es, wenn man liest: „Die am 10. Oktober 1920 in Colmar anläßlich der XIII. Assemblée générale annuelle der Union des Caisses locales..." usw.

Zum Kampfe der Lebensversicherungsgesellschaften gegen die Angestelltenversicherung

(zu vgl. Heft 3 S. 56, Heft 6 S. 117) schreibt das Direktorium der Reichsversicherungsanstalt weiter: „Die geplante Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze in der Angestelltenversicherung wird seitens der Lebensversicherungsunternehmungen wiederum zu einer lebhaften Agitation für den Abschluß von Lebensversicherungsverträgen ausgenutzt. Durch ganz einseitige Schilderungen der Vorteile der Lebensversicherung und der angeblichen Nachteile der Angestelltenversicherung wird Beunruhigung in die Reihen der Angestellten getragen und das Ansehen der Angestelltenversicherung schwer und gänzlich ungerechtfertigt geschädigt. Aber auch dem einzelnen drohen durch die oft recht wahllose Werbearbeit der Lebensversicherungsunternehmungen empfindliche Schädigungen. Wie die Erfahrung gelegentlich der Bearbeitung der anläßlich der letzten Erweiterung der Versicherungspflichtgrenze auf 15 000 ℳ gestellten Befreiungsanträge von der eigenen Beitragsleistung gezeigt hat, hat sich eine große Anzahl von Angestellten bewegen lassen, Versicherungsverträge abzuschließen, obwohl diese Versicherungen nach Lage des Gesetzes keine Befreiung von der eigenen Beitragsleistung erwirken konnten. Insbesondere waren dies Angestellte, die schon vor Inkrafttreten des Gesetzes vom 31. Mai 1920 versicherungspflichtig gewesen und es ohne Unterbrechung geblieben sind. Sie sind dann mit der Beitragsleistung zur Angestelltenversicherung und zur Lebensversicherung belastet, können in den meisten Fällen letztere nicht mehr aufrechterhalten und sind genötigt, sie unter finanziellen Einbußen aufzugeben oder herabzusetzen. Ferner wird häufig die Beobachtung gemacht, daß Angestellte, die bereits von der eigenen Beitragsleistung befreit sind, von den Lebensversicherungsunternehmungen veranlaßt werden, zu ihren, diese erste Befreiung begründenden Lebensversicherungsverträgen Nachversicherungen abzuschließen mit der Angabe, daß nach Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze der für die Privatversicherungen aufzuwendende Prämienbetrag den Angestelltenbeitragshälften entsprechen müsse, wie sie nach Inkrafttreten des geplanten Erweiterungsgesetzes nach den dann geltenden Beitragssätzen zu zahlen sein werden. Diese Angaben sind unrichtig. Die einmal ausgesprochene Befreiung von der eigenen Beitragsleistung wirkt so lange, wie der sie begründende Lebensversicherungsvertrag unverändert in Kraft ist, ohne Rücksicht auf spätere Gehaltssteigerungen."

Schrifttum.

Die Neugestaltung der Sozialversicherung. Von Friedr. Kleeis. Berlin 1921, Verlag für Sozialwissenschaft. 79 Seiten. Preis 4,50 ℳ.

Dieser 16. Band der „Sozialwissenschaftlichen Bibliothek" behandelt in der schlichten und klaren Redeweise des unseren Lesern aus zahlreichen Arbeiten bekannten Kenners des Sozialrechts und warmherzigen Befürworters jedes vernünftigen Fortschrittes auf diesem Gebiete: Wesen und Entstehung der sozialen Versicherung; die Reichsversicherungsordnung; die Reform; Vorschläge zur Neugestaltung; die internationale Entwicklung. In einem Schlußwort wird Beschleunigung der Reform und baldige Veröffentlichung der Regierungsabsichten gefordert, damit diese der öffentlichen Kritik unterstellt werden können. Denn es handele sich um Grundfragen der Lebensbedingungen des deutschen Volkes, die mit Gründlichkeit neu geordnet werden müssen. Das trifft zu, und eben deshalb ist auch jeder Volksgenosse an diesen Fragen interessiert. Nur allzu viele aber stehen ihnen mit kaum zu verstehendem Mangel an Interesse und mit seltsamer Unkenntnis gegenüber. Um so dankbarer ist das Erscheinen des vorliegenden Büchleins zu begrüßen, das eine allgemeinverständliche Einführung in das wichtige Problem bietet und geeignet ist, das Interesse zu wecken und der Unkenntnis abzuhelfen.

Die gesamten Abänderungsgesetze zur Angestelltenversicherung. Eingehend erläutert von Dr. Hermann Dersch, Ministerialrat im Reichsarbeitsministerium. Mannheim, J. Bensheimers Verlag. 210 Seiten. Preis 15 ℳ.

Ein in Anlage und Durchführung vortreffliches, für jeden Praktiker, nicht nur für Behörden und Beamte aller Art, sondern auch für jeden Privaten, der

Digitized by Google

irgend mit der Angestelltenversicherung zu tun hat, unentbehrliches Buch. (Bd. 62 der Bensheimerschen Sammlung deutscher Gesetze.) Es ist eingeleitet durch einen systematischen Überblick über die Abänderungsgesetze und -Verordnungen seit Inkrafttreten des Versicherungsgesetzes für Angestellte. Daran schließt sich eine Darstellung der Beziehungen der Angestelltenversicherung zu neueren nichtversicherungsrechtlichen Gesetzen (Militärversorgung, Betriebsrätegesetz und neueres Arbeitsrecht überhaupt, Steuergesetzgebung, bürgerliches Recht, Prozeßrecht, Strafrecht). Dann folgen Text und Erläuterungen zu den einzelnen Abänderungsgesetzen und -Verordnungen, also der Hauptteil des Werkes — alles in mustergültig übersichtlicher Anordnung und klarer Darstellung in Vorbemerkungen und Anmerkungen zu den einzelnen Normen. Ein ausführliches Sachregister, das die Übersicht über den reichen, aus Gesetzessplittern zu einer Einheit zusammengefaßten Stoff noch erleichtert, schließt das Buch ab.

Das Reichsversorgungsgesetz vom 12. Mai 1920 nebst Ausführungsbestimmungen mit ausführlichen Erläuterungen von Landesrat H. Seelmann. Altenburg (S.-A.) 1921, Verlag von Stephan Geibel. 295 Seiten. Preis gebunden 27 *M*.

Der Verfasser ist als gewiegter Kenner und bewährter Darsteller des Sozialversicherungsrechts bekannt. Bei der Verwandtschaft einzelner Teile und Grundgedanken dieses Rechtsstoffs mit dem Recht der Militärpersonen und ihrer Hinterbliebenen auf Versorgung bei Dienstbeschädigung, erscheint der Verfasser von vornherein zur Erläuterung auch dieses Versorgungsrechts in seiner neuen Gestalt besonders berufen. Sein vorliegender Kommentar zu dem Hauptgesetze v. 12. 5. 20 erläutert die einzelnen Vorschriften in verständlich gefaßten Vorbemerkungen und Anmerkungen, unter Benutzung der amtlichen Begründung und des Ausschußberichts, unter Hinweis auf die in „Anlagen" vollständig mitgeteilten Ausführungsbestimmungen und unter Hervorhebung des Zusammenhangs mit anderen Vorschriften. Das gut angelegte und auch im Druck recht übersichtlich gestaltete Buch, dem auch ein sorgfältiges Sachregister beigegeben ist, kann allen, die zur Anwendung des Gesetzes berufen oder sonst an diesem Rechtsstoff interessiert sind, empfohlen werden.

Die Aufgaben der Krankenkassen und Ärzte nach dem Reichsversorgungsgesetz. Gemeinverständlich dargestellt von Julius Cohn, Geschäftsführer, und Ernst Rieger, Abteilungsvorsteher der Allgemeinen Ortskrankenkasse der Stadt Berlin. 120 Seiten. Preis 10,80 *M*. Formular-Verlag G. m. b. H., Berlin.

Das Buch wird den Krankenkassen und den Ärzten als wertvolles Hilfsmittel bei Erfüllung neuer, zum Teil verwickelter Aufgaben gute Dienste leisten und sehr willkommen sein. Bewährte Praktiker bieten hier zunächst in klarer, verständlicher Sprache einen übersichtlichen Abriß über den Inhalt des Gesetzes, unter eingehender Behandlung der den Hauptgegenstand des Buches bildenden Heilfürsorge für Versorgungsberechtigte. Angeschlossen sind: Hinweise auf das, was der Arzt besonders zu beachten hat; der zwischen dem wirtschaftlichen Verbande der Ärzte Deutschlands und dem Reichsarbeitsamt vereinbarte Tarif nebst Gebührenordnung für die Behandlung der „Zugeteilten" (d. h. der nicht gegen Krankheit versicherten Dienstbeschädigten) und für ärztliche Zeugnisse auf Grund des Versorgungsgesetzes; der vollständige Text dieses Gesetzes; amtliche Tabellen zur Rentenberechnung; Formulare für Krankenkassen zur Durchführung des Gesetzes; ein Stichwortverzeichnis nach der Buchstabenfolge.

Neues Arbeitnehmerrecht im Bergbau. Herausgegeben von Oberbergrat Dr. Wilh. Schlüter. Dortmund 1921 bei Hermann Bellmann. 75 Seiten. Preis 8,50 *M* und Teuerungszuschlag.

Eine willkommene Ergänzung des Handbuchs des neuen Arbeitsrechts, dessen fünfte Auflage hier 1920 S. 317 (zu vgl. auch 1919 S. 216, 298) anerkennend angezeigt worden ist. Vor allem bringt das neue Heft mit erläuternden Bemerkungen die Novelle v. 18. 12. 20 zum preuß. Allg. Berggesetz in der Fassung v. 28. 7. 09 und zum Knappschaftsgesetz v. 17. 6. 12 nebst einem die §§ 80 bis 93e des Berggesetzes in der neuen Fassung umfassenden Auszuge mit einführenden Bemerkungen und kurzen Erläuterungen zu den einzelnen Vorschriften. Es handelt sich dabei im wesentlichen um die Anpassung des bisherigen Rechts an das Betriebsrätegesetz. Angefügt sind: Die Ausführungsanweisung zur Gewerbeordnung, soweit sie die auch für die Bergwerksbetriebe anwendbaren Bestimmungen über Arbeitsordnungen (218 bis 222) betrifft, dann die Arbeitsordnung für den rheinisch-westfälischen Bergbau nebst den für dies Kohlenrevier geltenden Tarifverträgen. Dann folgen, gleichfalls mit einführenden Erläuterungen, die durch Verordnungen v. 12. 5. und 29. 10. 1920 veränderten Vorschriften des Gewerbegerichtsgesetzes im Hinblick auf ihre Geltung für die preußischen Berggewerbegerichte. Angehängt sind ferner: Der Erlaß v. 11. 6. 20 über Einsetzung eines Reichs- und Staatskommissars für Westfalen und den unbesetzten Teil des Regierungsbezirks Düsseldorf, Richtlinien zum Betriebsrätegesetz für den rheinisch-westfälischen Steinkohlenbergbau und schließlich, wieder mit einleitenden Bemerkungen, das Gesetz v. 11. 12. 20 zur Aufschließung von Steinkohlen.

Leitsätze zur sozialen und generativen Hygiene. Von Professor Alfred Grotjahn. 36 Seiten. Preis 8,40 *M*.

Tuberkulose und soziale Umwelt. Von Dr. Alfons Fischer. 20 Seiten. Preis 7,20 *M*.

Zwei Abhandlungen Nr. 3 und 4 aus der von dem bekannten Sozialhygieniker Dr. Fischer herausgegebenen Reihe von „Sozialhygienischen Abhandlungen" im Verlage der C. F. Müllerschen Hofbuchhandlung, Karlsruhe i. B. 1921. Grotjahn stellt, im Anschluß an Begriffsbestimmungen und Ausführungen über medizinische Statistik und andere Hilfswissenschaften, die Bedeutung der sozialen Hygiene dar in bezug auf Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, Ernährung, Genußmittel, Arbeit, Wohnung, Verwaltung, Säuglinge und Kinder, Entartung, Geburtenrückgang. Für jede einzelne dieser Beziehungen wird auf knappem Raum interessantes und lehrreiches Material beigebracht. — Fischer veranschaulicht auf 29 Tafeln mit erläuternden Bemerkungen den Einfluß der Umstände, unter denen wir leben, auf Entstehung und Verbreitung der Tuberkulose und gelangt zu dem Ergebnisse, daß die in Aussicht genommenen reichsgesetzlichen Maßnahmen — Anzeigepflicht, Ausbau der Heilstättenbehandlung, Ausdehnung der Fürsorgestellen, für den erfolgreichen Kampf gegen jene Volkskrankheit nicht ausreichen; es müsse besonders noch hingewirkt werden auf Senkung der Lebensmittelpreise, Einschränkung

Digitized by Google

der Frauenarbeit, Untersuchung der Kinder und deren ärztliche Behandlung (Familienversicherung), Verbesserung des Wohnungswesens und hygienische Belehrung aller Volksschichten.

Grundriß der Berufskunde und Berufshygiene von Prof. Dr. B. Chajes, Dozent an der Techn. Hochschule Berlin. Detmold 1919, Meyersche Hofbuchhandlung. 273 Seiten. Preis brosch. 12,50 M., gebunden 15 M.

Das Buch ist als Band I der Bücherei der Fürst Leopold-Akademie für Verwaltungswissenschaften in Detmold erschienen. Wir teilen aus dem Begleitschreiben der Verlagshandlung und dem Vorwort des Verfassers auszugsweise folgendes mit: Das Interesse, welches nicht nur von Ärzten, sondern auch von Sozialpolitikern und Verwaltungsbeamten, die in Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Wohlfahrts-, Jugend-, Arbeitsämtern und in vielen anderen Zweigen der staatlichen und kommunalen Verwaltung tätig sind, gewerbehygienischen Fragen entgegengebracht wird, ist im ständigen Wachsen begriffen. Dabei macht sich aber der Mangel eines modernen kurzgefaßten Lehrbuchs fühlbar, das auch die Berufskunde und die durch den Beruf bedingte Beeinflussung der sozialen und hygienischen Verhältnisse der Berufstätigen berücksichtigt. Erst diese Kenntnis gibt die Möglichkeit, zu beurteilen, wie groß der Einfluß der einzelnen Kategorien von Berufstätigen in wirtschaftlicher und hygienischer Beziehung auf die Gesamtbevölkerung ist. Von diesem Gesichtspunkte ausgehend, hat der Verfasser sich bemüht, seine Hörer in das Gebiet der Berufshygiene einzuführen und auch die durch den Krieg bedingten Umwälzungen des Berufslebens zu behandeln. Seine Vorlesungen, die nun in Buchform vorliegen, sollen dazu dienen, das Arbeiten auf dem sozialhygienischen Gebiet zu erleichtern.

Wir meinen, daß das an interessantem Stoffe reiche Buch diesen Zweck sehr wohl erfüllen kann.

Staatliche Wohnungsfürsorge in Preußen. Von Staatssekretär Adolf Scheidt. 37 Seiten. Preis 4 M.

Erwerbslosenfürsorge. Von Ministerialrat W. v. Gelder n. 36 Seiten. Preis 4 M.

Beide Hefte sind im Verlag der Vereinigung wissenschaftlicher Verleger, Walter de Gruyter & Co., Berlin und Leipzig 1920 erschienen als Nr. 3 und 5 der unter dem Gesamttitel „Wege der Volkswohlfahrt" im preuß. Ministerium für Volkswohlfahrt herausgegebenen „Kleinen Schriften". Beiden Schriften ist nachzurühmen, daß sie die heikle Aufgabe, auf knappem Raum darzustellen, was zur Befriedigung dringender Bedürfnisse und zur Abstellung peinlicher Mißstände von Staats wegen geschehen ist und geschehen konnte, und nicht zu verschweigen, wieviel noch zu tun übrigbleibt, in schlichter, gemeinverständlicher Sprache gelöst haben. Sie sind geeignet, das Verständnis für die ungeheuren Schwierigkeiten gerade dieser zwei Probleme zu fördern, an deren allmählicher Lösung das Reich, die Länder, die Gemeinden, freie Vereinigungen und schließlich in sozialer Hilfsbereitschaft auch die einzelnen Staatsbürger mitschaffen müssen und können.

Beantwortung von Anfragen.

Rechtsauskünfte aus unserem Arbeitsgebiet erteilen wir den Beziehern unserer Zeitschrift bereitwillig, ohne indessen eine Verpflichtung oder eine zivilrechtliche Haftung zu übernehmen. Für schriftliche Auskunft wird Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten, und zwar auch dann, wenn nur Bescheid durch die Zeitschrift erbeten, die Sache aber zur Veröffentlichung an dieser Stelle nach unserem Ermessen nicht geeignet ist.

Erneuerung des Antrags aus § 517 RVO. bei Eintritt der Versicherungspflicht nach Unterbrechung.

1. **Nach Neuß.** Antwort: Das Ruhen der Rechte und Pflichten des Ersatzkassenmitgliedes bei seiner Pflichtkrankenkasse (§ 517 RVO.) setzt Versicherungspflicht voraus. Fällt diese späterhin, wie z. B. im vorliegenden Falle durch Überschreiten der Verdienstgrenze des § 165 Abs. 2 RVO., fort, so ist der frühere Antrag aus § 517 und das Ruhen jener Rechte und Pflichten gegenstandslos geworden, und es bedarf daher eines neuen Antrags aus § 517, wenn das Ersatzkassenmitglied später wieder versicherungspflichtig wird, sei es durch Eingehen eines neuen Beschäftigungsverhältnisses mit einem die Versicherungsgrenze nicht übersteigenden Jahresarbeitsverdienst, sei es — wie im vorliegenden Falle — durch Ausdehnung der Versicherungsgrenze im Wege der Gesetzgebung. Nur bei ganz kurzen Unterbrechungen der Versicherungspflicht kann (wenn nicht dadurch die Zugehörigkeit zu einer anderen Pflichtkasse begründet wird) der früher gestellte Antrag aus § 517 als fortgeltend angesehen werden (zu vgl. ArbVers. 1915 S. 687, 1916 S. 741 Ziff. 1 und Entsch. des RVA. daselbst 1917 S. 13). Im vorliegenden Falle ist nicht ersichtlich, daß es sich etwa nur um eine nicht beachtliche kurze Unterbrechung gehandelt habe. Da ein neuer Antrag aus § 517 nicht gestellt worden ist, ist die Ortskrankenkasse leistungspflichtig.

Eine vom Unfall unabhängige Veränderung des Gesundheitszustandes berührt nicht die Unfallrente.

2. **Nach Gütersloh.** Frage: Der Arbeiter F. hat im Jahre 1917 einen Betriebsunfall erlitten, und zwar eine Verletzung des rechten Auges. Im Laufe der Zeit trat eine Verschlimmerung ein, so daß im Jahre 1920 das Auge ausgenommen werden mußte. Er bezieht seit dieser Zeit 25 v. H. Unfallrente. Im Sommer 1920 ist F. an einem Augenleiden auf dem linken Auge erkrankt; die Erkrankung hat zur Blindheit auf diesem Auge geführt. Ein Antrag, die Unfallrente entsprechend zu erhöhen, wird mit der Begründung abgelehnt, daß die Augenerkrankung auf dem linken Auge in keinen ursächlichen Zusammenhang mit dem Unfall gebracht werden könne. Kann die Berufsgenossenschaft zur Gewährung einer höheren Rente unter den nunmehr völlig veränderten Verhältnissen des Unfallverletzten

Digitized by Google

herangezogen werden? Wir stehen auf dem Standpunkt, daß die Berufsgenossenschaft verpflichtet ist, in eine Nachprüfung einzutreten, und zwar aus dem Grunde, weil die Unfallfolgen für den Verletzten heute eine ganz andere Wirkung ausüben als zur Zeit des Unfalls. Damals stand ihm noch die Sehkraft des linken Auges zur Verfügung, heute nicht mehr.

Antwort: Eine Erhöhung der Unfallrente auf Grund des § 608 RVO. (früher § 88 SUVG.) kann nur insoweit verlangt werden, als die Verschlimmerung in einem ursächlichen Zusammenhang mit dem Unfall steht. Dagegen genügt nicht eine Veränderung des Gesundheitszustandes, die unabhängig von dem Unfall eintritt. Aus diesem Grunde hat das RVA. schon einige Male gerade in Fällen der geschilderten Art die Erhöhung der Rente abgelehnt. Solche vom Unfall unabhängigen Veränderungen sind auch dann nicht zu berücksichtigen, wenn sie die Unfallfolgen schwerer fühlbar machen (vgl. Moesle-Rabeling, Unfallversicherung, Anmerkung 4b zu § 608; Handb. der Unfallvers., I S. 527 g; Amtl. Nachr. des RVA. 1902 S. 560 und 1908 S. 571).

Kassenzugehörigkeit einer Näherin; Ersatz zu Unrecht gewährter Leistungen.

3. **Nach Weener (Ems).** Antwort: Die Näherin gehörte selbstverständlich von Anfang an nicht in die Landkrankenkasse, sondern in die Allgemeine Ortskrankenkasse — vorausgesetzt, daß sie überhaupt versicherungspflichtig und nicht etwa als selbständige Gewerbtreibende versicherungsfrei ist, worüber aus Ihren Angaben nichts zu ersehen ist (zu vgl. Entsch. des RVA. 869, Amtl. Nachr. 1901 S. 186, auch ArbVers. 1912 S. 327, 407 Ziff. 11). Unter dieser Voraussetzung könnte die Landkrankenkasse an sich die bisher zu Unrecht gewährten Leistungen von der Ortskrankenkasse zurückfordern (§ 224 Ziff. 2 RVO.). Sie kann dies aber im vorliegenden Falle nicht, wenn die Kasse — wie wir nach Ihrer Anfrage unterstellen — nach vorschriftsmäßiger Anmeldung seit dem 1. September 1920 unbeanstandet die Beiträge angenommen hat (zu vgl. §§ 213, 315 RVO.).

a) Aufrechnung von Kassenleistungen auf eine Forderung der Kasse aus § 1542 RVO. b) Verletzung durch Mitarbeiter als Betriebsunfall.

4. **Nach Aachen.** Fragen: Ein Schlosser, der in einer Tuchfabrik eine Maschine reparierte, neckte ein dort beschäftigtes Mädchen, das ihm hierauf mit fettigen Händen das Gesicht einrieb und davonlief. Der Schlosser warf mit einem Schraubenschlüssel, den er gerade in der Hand hielt, nach ihr. Der Schlüssel traf aber eine dritte Person, die infolgedessen längere Zeit erwerbsunfähig war. Die Kosten, die hierdurch der Krankenkasse erwachsen sind, belaufen sich auf 402,21 *M*. Die Krankenkasse hält nun dem Schlosser, welcher jetzt erwerbsunfähig erkrankt ist, diese Summe ein, wöchentlich 23,25 *M*. a) Hat die Krankenkasse hierzu ein Recht? b) Ist die Verletzung der dritten Person ein Betriebsunfall?

Antwort: a) Das Werfen mit dem Schraubenschlüssel war unter den obwaltenden Umständen eine Fahrlässigkeit. Denn der Schlosser mußte sich gegenwärtig halten, daß er dadurch, wenn nicht das Mädchen, so eine andere in demselben Raume befindliche Person verletzen konnte. Der hiernach dem Verletzten zustehende Schadenersatzanspruch würde in den Grenzen des § 1542 RVO. auf die Kasse übergegangen sein, und die Kasse wäre nach § 223 Abs. 2 Punkt 1 befugt, die Ansprüche des Schlossers auf Kassenleistungen auf die ihr gegen ihn zustehende Ersatzforderung aufzurechnen. Im Streitfall aber entscheiden hierüber die ordentlichen Gerichte, und solange dies nicht geschehen ist, ist die Aufrechnung im Verfahren vor den Versicherungsbehörden nicht zulässig. Zu vgl. Rev. Entsch. des RVA. vom 21. 1. 16, Entsch. u. Mitt. 9 S. 371.

b) Wenn der Verletzte gleichfalls in der Fabrik beschäftigt war, so ist seine fahrlässige Körperverletzung durch den Schlosser, da er selbst daran keine Schuld hatte, als Betriebsunfall anzusehen. Zu vgl. Handb. der Unf. Vers. Bd. 1 S. 80 ff.

Keine Wochenhilfe nach dem Tode der Wöchnerin und des Kindes.

5. **Nach Mettmann.** Antwort: Mit der Entbindung, d. h. mit der Geburt eines lebensfähigen Kindes entsteht der Anspruch auf Wochenhilfe, und zwar auch dann, wenn das Kind nur einen Tag lebt. Doch erlischt der Anspruch auf weiteres Wochengeld, wenn nun auch noch die Wöchnerin stirbt; denn das Wochengeld wird im Interesse der Wöchnerin und des Kindes gewährt. § 195b Abs. 3, wonach auch nach dem Tode der Wöchnerin die noch fälligen Bezüge zu zahlen sind, setzt für diesen Fall voraus, daß wenigstens das Kind noch lebt. Denn es heißt dort, daß an denjenigen gezahlt wird, „der für den Unterhalt des Kindes sorgt". Vgl. ArbVers. 1920 S. 378 Ziff. 6c.

Vertretung des Arbeitgebers als Vorsitzenden bei Betriebskrankenkassen; Zuziehung von Ausschußmitgliedern zu Vorstandssitzungen.

6. **Nach Nürnberg.** Antwort: a) Im Vorstand der Betriebskrankenkasse führt nach § 338 Abs. 3 RVO. der Arbeitgeber oder sein Vertreter den Vorsitz. Den Vertreter bestellt der Arbeitgeber. Näheres hierüber ergibt die Entsch. des RVA. Nr. 2164 Amtl. Nachr. 1916 S. 377, ArbVers. 1917 S. 347.

b) Auch bei Betriebskrankenkassen dürfen nach § 327 RVO. (338 Abs. 1) die Mitglieder des Ausschusses nicht dem Vorstand angehören. Es kann daher nicht als statthaft angesehen werden, daß der Ausschuß aus seiner Mitte zwei Mitglieder wählt, um in wichtigen Fällen an den Verhandlungen des Vorstandes „als beratende Mitglieder mitzuwirken" und dem Ausschuß Bericht zu erstatten. Es könnte höchstens durch die Satzung bestimmt werden, daß Mitglieder des Ausschusses zu den Sitzungen des Vorstandes eingeladen und auf Verlangen gehört werden — wie dies das RVA. hinsichtlich der Zuziehung von Vorstandsmitgliedern zu Sitzungen des Ausschusses angenommen hat in der Entsch. 2295 Amtl. Nachr. 1916 S. 809, ArbVers. 1917 S. 229.

Wegfall der Wartezeit für das Krankengeld (§ 191 Abs. 2 RVO.).

7. **Nach Dortmund.** Antwort: Ihre Satzung bestimmt: „Bei Betriebsunfällen sowie Krankheiten, die eine Arbeitsunfähigkeit über vier Wochen hinaus zur Folge haben, wird Krankengeld vom ersten Tage ab sowie für Sonn- und Feiertage gezahlt." Diese Bestimmung lehnt sich an § 191 Abs. 2 RVO. an, und die Begründung dieser Vorschrift (S. 157, 158) ergibt, daß man es für billig gehalten hat, die satzungsmäßige Beseitigung der Wartetage in ge-

Digitized by Google

wissen Fällen, in denen die Wartezeit ihre eigentliche Bedeutung verliert und nur als Härte erscheint, zuzulassen, nämlich: 1. Bei Krankheiten von längerer Dauer, 2. bei tödlichen Krankheiten, 3. bei Betriebsunfällen, 4. bei bestimmten anderen Krankheiten. Macht die Satzung von diesen Möglichkeiten ganz oder zum Teil Gebrauch, so stehen die von ihr vorgesehenen Voraussetzungen für die Beseitigung der Wartezeit selbständig nebeneinander. Ihre Satzung ist also dahin zu verstehen, daß bei den durch Betriebsunfälle verursachten Krankheiten das Krankengeld sofort vom ersten Tage der Arbeitsunfähigkeit gezahlt wird und daß nur bei anderen Krankheiten der Wegfall der Wartezeit bedingt ist durch eine mehr als vierwöchige Dauer der Arbeitsunfähigkeit.

Unfallzuschuß zum Taschengelde.

8. **Nach Dortmund.** Antwort: Über die Bemessung des Unfallzuschusses zum Taschengelde (§§ 194 Abs. 2, 573 RVO.) haben wir uns schon wiederholt ausgesprochen. So namentlich im Jahrgang 1914 S. 151 Ziff. 7, 1915 S. 160, 1920 S. 459 Ziff. 7 und S. 558 Ziff. 14. Die von Ihnen erwähnte Entscheidung des RVA. scheint nicht veröffentlicht zu sein; wenigstens können wir sie nicht auffinden. Eine ausführliche Erörterung der Frage finden Sie aber in den von Mitgliedern des Reichsversicherungsamts herausgegebenen „Monatsblättern für Arbeiterversicherung" 1915 S. 47 ff. Darin ist namentlich auch die von uns in ArbVers. 1914 S. 151 Ziff. 7 vertretene Auffassung gebilligt.

Wartezeit für den Anspruch auf Mehrleistungen der Kasse.

9. **Nach Darmstadt.** Antwort: Eine satzungsmäßige Wartezeit für Mehrleistungen der Kasse gilt nach § 208 Satz 2 RVO. nicht für Mitglieder, die binnen der letzten 12 Monate bereits für mindestens 6 Monate Anspruch auf Mehrleistungen einer Krankenkasse gehabt haben. Danach und nach der Entstehungsgeschichte der Vorschrift (Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 2 zu § 208) setzt dieser Satz 2 keineswegs voraus, daß das Mitglied Anspruch auf „gleichartige" Mehrleistungen gehabt hat. Auch wenn es bei der anderen Kasse nur auf Mehrleistungen an Krankengeld Anspruch hatte, kann es bei seiner jetzigen Kasse ohne Wartezeit die satzungsmäßigen Mehrleistungen an Familienwochenhilfe für seine Ehefrau beanspruchen.

Zur Versicherungspflicht der Hebammen.

10. **Nach Berlin.** Frage: Sind Hebammen in folgenden Fällen als Arbeitnehmerinnen versicherungspflichtig: a) Eine frei praktizierende Hebamme, wenn sie in Ausübung ihres Berufes Hebammendienste, wie Untersuchungen, Raterteilung usw. oder Geburtshilfe, verrichtet? b) Eine Bezirkshebamme, wenn sie, wie oben geschildert, Hebammendienste verrichtet und für ihre Tätigkeit von ihrer dienstgebenden Behörde eine jährliche Beihilfe von 1000 ℳ zu ihren Einnahmen erhält? c) Eine Hebamme, welche in einer Klinik, einer Gebäranstalt oder ähnlichem Institut angestellt ist und Hebammendienste verrichtet und dafür ein festes Monatsgehalt bezieht? d) Hebammen, denen bei einer jetzt eventuell kommenden Anstellung als Bezirkshebammen in Preußen ein jährliches Einkommen von 10000 ℳ gesichert ist, so daß z. B., wenn die betr. Hebamme mit ihrer Tätigkeit 6000 ℳ erwirbt, die Behörde die fehlenden 4000 ℳ zuzulegen hat?

Antwort: Nur im 3. Fall Ihrer Anfrage ist zweifelsfrei ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis gegeben, da die Hebamme ihren Beruf unter Leitung und nach Anweisung des Institutsleiters oder der Ärzte auszuüben hat und dafür ein festes Gehalt bezieht. In den übrigen Fällen übt die Hebamme ihren Beruf als freie, selbständige Gewerbtreibende aus, wenngleich sie hierbei aus Gründen öffentlichen Interesses einer behördlichen Aufsicht untersteht. Lediglich hiermit hängt es auch zusammen, wenn ihr im zweiten Falle eine Beihilfe gewährt oder im vierten Falle ein Mindesteinkommen gewährleistet wird. Zu vgl. ArbVers. 1914 S. 293, 1916 S. 221, 1918 S. 605, woraus die leitenden Gesichtspunkte für die Frage zu entnehmen sind, unter welchen Voraussetzungen Hebammen als selbständige Gewerbtreibende oder als Arbeitnehmer anzusehen sind.

Keine Meldepflicht des Arbeitgebers bei Änderung des Kassenbezirks.

11. **Nach Dessau.** Antwort: Der Arbeitgeber war zur Abmeldung nicht verpflichtet. Denn zu melden sind nur solche Veränderungen, die das Beschäftigungsverhältnis betreffen. Dieses ist aber in dem vorliegenden Falle dasselbe geblieben. Unabhängig von ihm hat die Mitgliedschaft gewechselt. (Vgl. Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 1d Abs. 1 gegen Ende zu § 317.) Darum brauchte der Arbeitgeber die Beiträge an die Allgemeine Ortskrankenkasse für den Kreis nur zu zahlen, solange bei ihr die Mitgliedschaft bestand. Sie muß daher die für die Zeit vom 1. 8. 20 an angenommenen Beiträge dem Arbeitgeber erstatten.

Anspruch auf Familienhilfe für nicht angemeldete Angehörige und trotz Nichtzahlung der Zusatzbeiträge.

12. **Nach Ortelsburg.** Antwort: Weder das Gesetz noch Ihre Satzung macht den Anspruch des Versicherten auf Familienhilfe (§ 205 RVO., § 29 der Satzung) davon abhängig, daß der Versicherte die gegebenenfalls bezugsberechtigten Angehörigen bei der Kasse angemeldet und daß er die Zusatzbeiträge (§ 384 RVO., § 51 der Satzung) gezahlt haben müsse. Daß die Mitgliedschaft freiwillig Versicherter nach näherer Vorschrift des § 314 Abs. 1 RVO. durch Verzug in der Beitragszahlung erlischt, gestattet keine entsprechende Anwendung dahin, daß der Anspruch Versicherter auf Familienhilfe bei Verzug in Zahlung der Zusatzbeiträge wegfällt. Die Satzung könnte allerdings eine solche Rechtsfolge vorsehen (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 1a zu § 205, auch ArbVers. 1912 S. 783 Ziff. 10). Da aber Ihre Satzung keine solche Bestimmung enthält, kann die Kasse die Gewährung der Familienhilfe nicht ablehnen, sondern nur die Zusatzbeiträge, soweit sie nicht nach § 29 Abs. 1 RVO. verjährt sind, nachfordern und darauf den Anspruch des Versicherten nach § 223 Abs. 2 RVO. aufrechnen.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Str. 12.
Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., in Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. A. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

Heft 1314 der ganzen Folge.

38. Jahrgang | 21. April 1921 | Heft 12

Zur Einführung der freien Arztwahl in Berlin.

Von Sanitätsrat Dr. Ignatz Sternberg in Berlin.

Unter den strittigen Punkten, die einen dauernden Frieden zwischen Krankenkassen und Ärzten bisher verhindert haben, steht in erster Linie der Kampf um die Einführung der freien Arztwahl: die Ärzte erstreben sie, weil jede andere Art der ärztlichen Versorgung der Kassenmitglieder den ärztlichen Arbeitsmarkt für die Gesamtheit einengt; die Kassen lehnen sie ab, weil sie angeblich unvereinbar sein soll mit der finanziellen Leistungsfähigkeit der Krankenkassen. Trotzdem hat sich dieses System mehr und mehr durchzusetzen vermocht, und wahrscheinlich sind es zur Zeit schon mehr als 60 v. H. aller Versicherten, denen das Recht zusteht, sich den Arzt ihres Vertrauens auszusuchen. In Berlin, von wo aus vor etwa 30 Jahren die Bewegung für freie Arztwahl ihren Ausgang genommen hat, fristete sie, nach einem schnellen, aber nicht dauerhaften Aufstieg, seit etwa 20 Jahren ein ziemlich bescheidenes Dasein. Um so größer war das Aufsehen, als im Februar dieses Jahres zwischen der Gesamtheit der hiesigen Kassen und der Ärzteschaft ein Vertrag zustande kam, der die freie Arztwahl für sämtliche Kassenmitglieder zur Grundlage hatte.

Da die Auswirkungen dieses Ereignisses sich aller Wahrscheinlichkeit nach auf die Ausgestaltung der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen auch in anderen Bezirken bemerkbar machen werden, erscheint es angebracht, die Bedingungen, unter denen der Berliner Vertrag abgeschlossen worden ist, ebenso wie die zu seiner Durchführung getroffenen Einrichtungen, zur Kenntnis weiterer Kreise zu bringen.

Die Vertragsverhandlungen wurden geführt von dem Verbande der Krankenkassen Groß-Berlins und dem Groß-Berliner Ärztebunde, der „Ärztlichen Gewerkschaft" Berlins. Dem Verbande gehören von den rund 240 Berliner Kassen 130 mit nahezu 1 300 000 Mitgliedern an; die etwas über 100 außerhalb des Verbandes stehenden Krankenkassen mit wenig mehr als 100 000 Mitgliedern hatten sich auf eine ärztlicherseits an sie ergangene Anfrage, bis auf drei kleinere, bereiterklärt, die mit dem Verbande vereinbarten Vertragsbedingungen als auch für sich verbindlich anzuerkennen. Zu den ungefähr 1½ Millionen Versicherten kommen noch die nach § 205 RVO. berechtigten Familienangehörigen, deren Zahl zur Zeit nicht genau angegeben werden kann, die aber im Verhältnis zur Zahl der Versicherten nur unbedeutend ist, im günstigsten Fall 10 v. H. derselben erreicht. Von den Mitgliedern des Groß-Berliner Ärztebundes haben sich etwas über 2900 zur Durchführung des Vertrages bereiterklärt, davon 55 v. H. praktische Ärzte und 45 v. H. Fachärzte. Sie sind zusammengefaßt in der Wirtschaftlichen Abteilung (W. A.) des Groß-Berliner Ärztebundes, einer völlig selbständigen Vereinigung mit eigener, ihren Zwecken angepaßter Satzung. Von der

Digitized by Google

W. A. ist der Vertrag abgeschlossen, von ihr wird er durchgeführt, ihre Mitglieder sind durch Revers zu seiner Anerkennung und Durchführung verpflichtet.

Das Tätigkeitsgebiet der W. A. erstreckt sich auf die durch das Gesetz vom 27. April 1920 (preuß. Ges. Samml. S. 123) geschaffene neue Stadtgemeinde Berlin. Trotzdem auf diesem fast 40 km im Durchmesser großen Gebiete ärztliche Tätigkeit unter den verschiedensten Bedingungen ausgeübt wird — Groß- und Mittelstadtpraxis unter Beteiligung zahlreicher Fachärzte aller Gebiete der Medizin, mit vielen Verkehrsmöglichkeiten, einer großen Anzahl von Krankenhäusern und Privatkliniken und leichten Überführungsmöglichkeiten in diese —, anderseits fast ganz ländliche Bezirke mit erheblich ungünstigeren äußeren Bedingungen für die ärztliche Praxis, ist für die Gesamtheit der in diesem Bezirke wohnenden Ärzte ein Einheitsvertrag — auch hinsichtlich der Honorarbedingungen zustandegekommen.

Mit Rücksicht auf die größeren Schwierigkeiten, die aus den erwähnten Gründen der Ausübung der ärztlichen Tätigkeit in den ländlichen Bezirken erwachsen — es handelt sich vorwiegend um eine Reihe kleinerer und kleinster Orte im Osten und Westen Berlins, die jetzt eingemeindet worden sind —, ist den dort tätigen Ärzten von der ärztlichen Organisation eine differenzierte Bezahlung gegenüber den Berlinern zugebilligt worden. Einmal werden die Honorare der Krankenkassen, die in diesen Orten ansässig sind, gesondert verrechnet, und da erfahrungsgemäß der Einheitswert der ärztlichen Leistung in diesen Bezirken immer ein höherer war als in Berlin selbst, erhalten auch in Zukunft die draußen wohnenden Ärzte ein höheres Honorar als die Berliner. Außerdem aber wird der Einheitswert für die Behandlung von Berliner Kassenmitgliedern, die in den Außenbezirken wohnen, bis zur Höhe des Einheitswertes angereichert, der für die Behandlung der Angehörigen der örtlichen Kassen errechnet wird. Den Kassen erwachsen aus dieser differenzierten Bezahlung keine größeren Kosten, da für alle Versicherten, auch für die in den Außenbezirken, das Einheitspauschale 30 M. beträgt.

Um den mit ihr im Vertragsverhältnis stehenden Krankenkassen die ärztliche Versorgung auch ihrer außerhalb Berlins wohnenden Mitglieder sicherzustellen, hat die W. A., ohne vertraglich dazu verpflichtet zu sein, mit den in unmittelbarer Nachbarschaft Berlins ansässigen Ärzteorganisationen folgendes Abkommen getroffen: Die Mitglieder dieser Organisationen übernehmen die Behandlung der Mitglieder der Berliner Krankenkassen, soweit sie im Bereiche ihrer Organisationen erkranken und behandlungsbedürftig werden, während anderseits die Mitglieder der W. A. die Kassenmitglieder jener Bezirke behandeln, wenn sie im Tätigkeitsgebiete der W. A. ärztlicher Hilfe bedürfen. Die gegenseitigen Honoraransprüche werden zwischen den ärztlichen Organisationen aufgerechnet.

Bei den Vertragsverhandlungen verlangten die Kassen besonders gegen zwei auf ihrer Seite gegen die freie Arztwahl bestehende Bedenken vertragliche Sicherung: 1. gegen die befürchtete Überflutung Berlins mit Ärzten; 2. gegen die aus einer Vielgeschäftigkeit der Ärzte hervorgehende Belastung ihrer Finanzen durch Steigerung der Arzneimittelkosten und der Ausgaben für Krankengeld. Die Sicherung im ersten Punkte besteht in der Festsetzung einer zweijährigen Karenzzeit: Während beim Inkrafttreten des Vertrages und am folgenden 1. Januar und 1. Juli jedes Jahres jeder am 1. Mai 1920 in Berlin tätig gewesene Arzt zur kassenärztlichen Tätigkeit zugelassen wurde, bestehen in Zukunft Zulassungsmöglichkeiten zu den genannten Terminen nur für diejenigen, die vor dem Zulassungstermin seit mindestens 2 Jahren in Berlin niedergelassen oder ärztlich tätig gewesen sind. Der Sicherung im zweiten Punkte, nämlich der Bekämpfung einer übergroßen finanziellen Belastung der Krankenkassen, soll eine verschärfte Kontrolle der gesamten kassenärztlichen Tätigkeit der einzelnen Ärzte dienen. Zu diesem Zweck wird der Geschäftsbereich

Digitized by Google

der Wirtschaftlichen Abteilung in eine Anzahl von Kontrollbezirken eingeteilt, welche die dort allgemeine Kassenpraxis betreibenden Ärzte umfassen. Bei der Abgrenzung dieser Bezirke ist in gewissem Umfange geographischen Verhältnissen ebenso Rechnung getragen worden, wie der Art der Praxisübung in denselben, je nachdem es sich um großstädtische, kleinstädtische oder ländliche Verhältnisse handelt. Die Bezirke sind von verschiedener Größe und umfassen zwischen 100 und 250 Ärzte.

Die Fachärzte werden in entsprechender Weise, nicht örtlich, sondern nach Fächern zu Gruppen zusammengefaßt, wobei jede Facharztgruppe die Funktion eines Kontrollbezirks hat oder, falls sie selbst zu klein ist, mit einer ihr nahestehenden zu einem solchen verschmolzen wird. An der Spitze jedes Kontrollbezirks steht eine Kontrollkommission mit einem Obmann. Im allgemeinen soll auf ungefähr 50 Ärzte je ein Kontrollarzt entfallen, und zwar sollen die Kontrollärzte über den von ihnen zu kontrollierenden Bezirk möglichst so verteilt werden, daß jeder die von ihm zu beaufsichtigenden Ärzte persönlich kennt.

Den Kontrollkommissionen liegt die Überwachung der gesamten kassenärztlichen Tätigkeit der Ärzte ihres Bezirks ob, hinsichtlich der Liquidationen, der Verordnungen, Krankschreibungen und Krankenhausüberweisungen. Sie sind berechtigt, Honorarstreichungen und Honorarkürzungen gemäß den von der Wirtschaftlichen Abteilung zu erlassenden Bestimmungen vorzunehmen. Die Krankenkassen sind verpflichtet, der Wirtschaftlichen Abteilung alle zur Durchführung der Kontrolle erforderlichen Unterlagen zu liefern, also eine Übersicht über die Art der Verordnungsweise des einzelnen Kassenarztes, Häufigkeit der Verordnungen und deren Kosten, die Häufigkeit und Dauer der Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit, der Überweisung in die Krankenhäuser usw. Auf diese Weise wird es möglich sein, sich ein Bild von der gesamten kassenärztlichen Tätigkeit jedes einzelnen Kassenarztes zu machen, und soweit sich Mißbräuche dabei herausstellen, sie zu beseitigen.

Die Kontrollkommissionen bilden aber außerdem auch noch die erste Instanz zur Erledigung von Beanstandungen und Beschwerden über die kassenärztliche Tätigkeit der Ärzte ihres Bezirks. Nach zwei von der Kontrollkommission einem Kassenarzt innerhalb 12 Monaten erteilten Verwarnungen aus Anlaß von Beschwerden ist jede weitere über ihn eingehende Beanstandung oder Beschwerde an die zweite Instanz weiterzugeben. Jeder dieser aus drei Ärzten und drei Kassenvertretern gebildeten Beschwerdeausschüsse ist für bestimmte Kontrollbezirke zuständig. Berufungen gegen die Entscheidungen der Beschwerdeausschüsse, die auf Verwarnungen, Verweise, Geldbußen, zeitweisen oder dauernden Ausschluß von der kassenärztlichen Tätigkeit lauten können, sind an die dritte Instanz, den Berufungsausschuß zulässig, der gleichfalls paritätisch zusammengesetzt ist und, falls es zu keiner Entscheidung kommt, unter dem Vorsitz eines richterlichen Beamten zusammentritt.

Ein weiteres Mittel, um einen Mißbrauch namentlich hinsichtlich der nicht begründeten oder zu langen Dauer der Krankschreibung vorzubeugen, ist eine straffere Gestaltung und Ausbau des Nachuntersuchungswesens. Zu endgültigen Abmachungen ist es über diese Angelegenheit von den vertragschließenden Parteien aus Mangel an Zeit noch nicht gekommen; es liegen hierzu nur Vorschläge seitens der Ärzteorganisation vor, die sich ungefähr in folgender Richtung bewegen: Statt der bisherigen ungemein großen Zersplitterung im Nachuntersuchungswesen, die darin zum Ausdruck kommt, daß jede Kasse über die Stadt verteilt eine größere oder geringere Anzahl von nachuntersuchenden Ärzten beschäftigt, sollen die Mitglieder aller Krankenkassen nach einem einheitlichen System nachuntersucht werden (Bezirkssystem), falls nicht bestimmte Eigenarten von Betrieben oder Berufen für große Betriebskrankenkassen und gewisse besondere Ortskrankenkassen die Einrichtung eines beson-

Digitized by Google

deren Nachuntersuchungssystems (Zentralsystem) wünschenswert machen. Das Zentralsystem beruht auf dem Grundsatz der fortlaufenden Kontrolle eines bestimmten gleichartigen Patientenkreises. Das Bezirkssystem auf dem Grundsatz der fortlaufenden Kontrolle von den Ärzten eines bestimmten Bezirks bzw. den Fachärzten der einzelnen Gruppen zu behandelnden Kranken durch die für diese Bezirke bzw. Facharztgruppen tätigen Nachuntersucher.

Wie schon oben erwähnt, ist das Honorar für alle Vertragskassen einheitlich vereinbart, und zwar auf 30 M. je Kopf und Jahr. Hiermit ist die gesamte kassenärztliche Tätigkeit, auch die der Fachärzte, entgolten. Von Interesse dürfte die Art der Verteilung dieses Pauschalhonorars an die behandelnden Ärzte sein. Sie erfolgt nach einem gemischten System der Bezahlung durch Gutscheine und der Bezahlung einer Anzahl von Einzelleistungen, und zwar in folgender Weise: Besuche, Nachtbesuche, Nachtberatungen, geburtshilfliche Leistungen und eine Anzahl in einem Tarif festgelegter, teils zeitraubender, teils technisch schwieriger Verrichtungen sind nach Punkten bewertet, deren jeder 3 M. betragen soll. Zur Bezahlung dieser Punkte wird von dem zur Verfügung stehenden vierteljährlichen Pauschalhonorar ein Betrag abgehalten, der aber nicht mehr als 20 v. H. des Pauschale betragen darf. Von diesem Betrag werden vorweg Nachtbesuche, Nachtkonsultationen, geburtshilfliche Leistungen und einzelne schwierige operative Eingriffe entgolten. In den verbleibenden Rest werden die übrigen Punkte hineindividiert und, falls der dafür zur Verfügung stehende Betrag zur Bezahlung des einzelnen Punktes mit 3 M. nicht ausreicht, der Punktwert herabgesetzt. Bleibt von der zur Verfügung stehenden Summe ein Rest übrig, so findet er Verwendung für die Bezahlung der Gutscheine, durch die alle diejenigen Leistungen entgolten werden, die im Tarif nicht aufgeführt sind. Durch die Bezahlung der Besuche soll insbesondere ein Anreiz gegeben werden, bettlägerigen Kranken in ihren Wohnungen ärztliche Hilfe zuteil werden zu lassen und sie nicht ohne weiteres in die Krankenhäuser abzuschieben. Die ungekürzte Bezahlung der Nachtbesuche und geburtshilflichen Leistungen soll einen Anreiz bieten, daß den Kassenmitgliedern auch in diesen Fällen kassenärztliche Hilfe zur Verfügung steht. Der Gutschein hat Gültigkeit für einen Monat vom Tage seiner Ausstellung an gerechnet. Während dieser Zeit kann das Kassenmitglied, das nur einen Ausweis über seine Zugehörigkeit in Händen hat, nur immer die Hilfe des Arztes in Anspruch nehmen, dem es gelegentlich der ersten Inanspruchnahme seinen Gutschein ausgehändigt hat. Damit ist einem allzu häufigen Wechsel des Arztes vorgebeugt. Dem gleichen Zwecke dient eine vertragliche Bestimmung, wonach ein Wechsel des Arztes während der Dauer der Behandlung nur mit Genehmigung des behandelnden Arztes zulässig ist.

Von Einzelbestimmungen dürften noch folgende von Interesse sein: alle Mitglieder der W. A. sind, von besonderen Ausnahmen abgesehen, wie Alter, Krankheit usw., zur Behandlung aller Kassenmitglieder verpflichtet. Den Kassenmitgliedern steht die Auswahl unter allen Ärzten frei, soweit sie deren Hilfe in der Sprechstunde in Anspruch nehmen. Zu Besuchen sind die Ärzte nur verpflichtet in einem Umkreis von 2 km von ihrer Sprechstelle aus. Jeder Kassenarzt muß seine Tätigkeit selbst ausüben; die Anstellung von Assistenten ist nur zulässig, wo es sich um technische Maßnahmen handelt, also bei gewissen fachärztlichen Behandlungsarten. In jedem Falle ist die Genehmigung dazu beim Vorstand der W. A. zu beantragen. Die Behandlung in ärztlich geleiteten Ambulatorien, Polikliniken und ähnlichen Einrichtungen ist in Zukunft nur noch bei denjenigen Ärzten gestattet, die seit 1913 eine seitens der ärztlichen Organisation zugelassene poliklinische Sprechstelle haben. Ärzten, die nach dem Jahre 1913 eine solche zweite Sprechstelle abseits von ihrer Privatsprechstelle eröffnet haben, ist die Behandlung von Kassenmitgliedern in derselben nicht gestattet, vielmehr nur noch in ihrer Privatsprechstelle.

Digitized by Google

Die Dauer des Vertrages ist auf 5 Jahre vertraglich bestimmt. Die Honorarabmachungen laufen vorläufig bis zum 1. Juli d. J. Im Vertrage ist vorgesehen, daß während seiner Dauer von den vertragschließenden Parteien als notwendig anerkannte Abänderungen und Ergänzungen vereinbart werden können. Das Verlangen eines der Vertragschließenden nach Verhandlungen darf von dem anderen nicht abgelehnt werden.

Am 1. März d. J. ist der neue Vertrag, dessen wesentliche Bestimmungen wir im Obigen wiedergegeben haben, in Kraft getreten. Der Übergang von dem alten System der kassenärztlichen Versorgung zu dem neuen hat sich, dank der sorgfältigen Vorbereitungen sowohl auf seiten der Krankenkassen wie auf seiten der ärztlichen Organisation, nahezu reibungslos vollzogen. Auf beiden Seiten besteht der ehrliche Wunsch nach einer einträchtigen und friedlichen Gemeinschaftsarbeit auf dem Boden des neuen Vertrages, die einen harmonischen Ausbau des großen Werkes gewährleisten, die Gegensätze, die bisher zwischen Kassenärzten und Krankenkassen bestanden haben, beseitigen und damit zum sozialen Frieden innerhalb weiter Bevölkerungsschichten beitragen soll.

Erweiterte Beteiligung der Arbeiter an der Unfallverhütung.

Von Bürgermeister Kleeis in Aschersleben.

Es ist schon das Wort geprägt worden, daß die Unfallverhütung eigentlich die Seele der Unfallversicherung sein sollte. Heute ist sie das zweifellos noch nicht. Das erhellt schon aus den verhältnismäßig geringen Kosten, die für Vermeidung von Betriebsunfällen aufgewendet werden. Schenkt man den Berichten der Berufsgenossenschaften und der technischen Aufsichtsbeamten Glauben, so sind es namentlich die Arbeiter selbst, die der Unfallverhütung so wenig Interesse entgegenbringen. Über die Frage der Schuld an den entschädigungsberechtigten Betriebsunfällen wird fortlaufend eine Statistik geführt, und es zeigt sich hier allerdings, daß den Verletzten in den weitaus meisten Fällen die Verantwortung an den unfallbringenden Vorgängen zuzuschreiben ist. Dabei kann freilich nicht ganz der Verdacht von der Hand gewiesen werden, daß bei der Aufnahme der Statistik nicht immer restlos in allen Fällen die unbedingt nötige Objektivität beobachtet wird. Trotz alledem soll zugegeben werden, daß im allgemeinen die Arbeiter der Unfallverhütung noch nicht die Beachtung schenken, die ihr zukommt. Es ist keine Seltenheit, daß die Arbeiter die ihnen ausgehändigten und für sie ausgehängten Unfallverhütungsvorschriften nicht einmal lesen. Es ist deshalb schon oft die Frage erörtert worden, wie das Interesse der Arbeiter an der Unfallverhütung gehoben werden kann.

Schon im Jahre 1919 fanden im Reichsversicherungsamt eingehende Beratungen mit Vertretern der Berufsgenossenschaften und der Gewerkschaften statt über die erweiterte Beteiligung von Vertretern der Versicherten an der Durchführung der unfallverhütenden Maßnahmen der Berufsgenossenschaften und besonders der Betriebsüberwachung. Der Präsident des Reichsversicherungsamts Dr. Kaufmann behandelte die Frage auch in einer Schrift: „Beteiligung von Arbeitern an der Betriebsüberwachung." Nachdem die meisten Berufsgenossenschaften die Mitwirkung von Arbeitern bei der Durchführung der Unfallverhütung in den Betrieben, in denen sie tätig sind, als zweckmäßig und notwendig anerkannt hatten, und auch der Verband der deutschen Berufsgenossenschaften in den Beratungen seines geschäftsführenden und technischen Ausschusses sich zustimmend erklärt hatte, wurde auf dem 30. ordentlichen Berufsgenossenschaftstag in Hannover als Ergänzung der vom Verbande im Jahre 1912 beschlossenen Normal-Unfallverhütungsvorschriften eine entsprechende Bestimmung aufgenommen. Zur Begründung

Digitized by Google

wurde von einem Vertreter des Reichsversicherungsamts ausgeführt, dieses sei überzeugt, daß die Heranziehung von Arbeitern zur Teilnahme an der Betriebsüberwachung im Interesse des Ausbaues der Unfallverhütungsfürsorge erforderlich sei. Bei der Lösung der Aufgabe dürfe nicht schablonenmäßig vorgegangen werden, weil bei den Berufsgenossenschaften die Verhältnisse nach Größe, Zahl und Art der Betriebe, nach ihren Einrichtungen und Arbeitstätigkeiten, nach den notwendigen mechanischen, chemischen und physikalischen Fachkenntnissen und nach der Unfallgefährlichkeit sehr verschieden sind. Für die größeren Betriebe sei der Weg gangbar, der in der vom Verbandsausschuß vorgelegten Ergänzung der Normal-Unfallverhütungsvorschriften angegeben ist. Für die Überwachung von Betriebsteilen und von Betrieben mit beschränkter Arbeiterzahl und mit gleichartigen einfachen Einrichtungen sei die Anstellung von Arbeitern als Organe des berufsgenossenschaftlichen Aufsichtsdienstes nach Art der für das Bauwesen neugeschaffenen Arbeiterkontrolleure möglich und erwünscht. Die Ergänzung der Normal-Unfallverhütungsvorschriften hat folgenden Wortlaut:

> § 14a. In jedem größeren Betriebe, insbesondere in jeder Fabrik im Sinne des § 538 RVO. sollen eine oder nach Art und Größe des Betriebes mehrere geeignete, von den Arbeitnehmern aus ihrem Kreise gewählte Vertrauenspersonen verpflichtet werden, sich von dem Vorhandensein und der ordnungsmäßigen Benutzung der vorgeschriebenen Schutzvorrichtungen fortlaufend zu überzeugen, vorgefundene Mängel dem Betriebsleiter zu melden, auf Grund ihrer Erfahrungen und Beobachtungen selbst Vorschläge zur Verbesserung der Schutzvorrichtungen zu machen, auch das Interesse ihrer Arbeitsgenossen für den Unfallschutz zu wecken, sowie den mit der Überwachung betrauten staatlichen oder berufsgenossenschaftlichen Aufsichtsbeamten bei Betriebsbesichtigungen zu begleiten und durch Auskünfte und entsprechende Mitteilungen in der Erfüllung seiner Aufgabe zu unterstützen. Wo eine aus Wahlen hervorgegangene Vertretung der Arbeiter des Betriebes schon besteht, kann der Unternehmer allen oder einigen ihrer Mitglieder die obigen Rechte und Pflichten übertragen, so daß eine besondere Wahl nicht erforderlich ist.

Mit Übernahme dieser Bestimmung in die einzelnen Unfallverhütungsvorschriften wird für größere Betriebe eine Beteiligung der Arbeiter an der Betriebsaufsicht geschaffen, durch welche die Tätigkeit der technischen Aufsichtsbeamten dankenswert ergänzt wird. Das Reichsversicherungsamt ersucht auch die Vorstände der ihm unterstellten gewerblichen Berufsgenossenschaften in einem Runderlaß vom 22. November 1919 (I U 320/18), baldigst unter Zuziehung der zur Beschlußfassung nötigen Zahl von Arbeitervertretern über eine dem neuen § 14a der Normal-Unfallverhütungsvorschriften entsprechende Vorschrift zu beschließen (zu vergl. Verordnung des Bundesrates vom 19. Februar 1918 über Erleichterung des Erlasses berufsgenossenschaftlicher Unfallverhütungsvorschriften). Diejenigen Berufsgenossenschaften — so heißt es in dem Runderlaß weiter — welche an eine Neubearbeitung ihrer Unfallverhütungsvorschriften noch nicht herangetreten sind, wollen demnächst ihre Vorschriften durch die auf dem Berufsgenossenschaftstag angenommenen Bestimmungen, soweit sie für die Berufsgenossenschaft in Betracht kommen, ergänzen. Es ist mir inzwischen nicht bekannt geworden, wieviel Berufsgenossenschaften eine dem angeführten § 14a entsprechende Vorschrift aufgenommen haben. Soweit ich jedoch Gelegenheit hatte, die Praxis zu verfolgen, ist mir noch nicht bekannt geworden, daß in nennenswertem Umfange derartige Vertrauenspersonen aus Arbeiterkreisen gewählt worden sind. Ich schließe daraus, daß die Anregung noch nicht zu größerer Bedeutung gekommen ist.

Dagegen ist inzwischen eine andere Form der Mitwirkung der Arbeiter an der Unfallverhütung zur Anwendung gekommen, die infolge ihrer augenblicklichen Aufmachung umfangreicher und vielleicht auch zunächst wirksamer ist. Es handelt sich dabei um Einrichtungen, die ihre Wurzel in dem Betriebsrätegesetz haben. Zu den Aufgaben, die dieses Gesetz den Betriebs-, Arbeiter- und Angestelltenräten zuweist, gehört nach § 66 Nr. 8 auch: auf die Bekämpfung der Unfall- und Gesundheitsgefahren im Betriebe zu achten, die Gewerbeaufsichtsbeamten und die sonstigen in Betracht kommenden

Digitized by Google

Stellen bei dieser Bekämpfung durch Anregung, Beratung und Auskunft zu unterstützen, sowie auf die Durchführung der gewerbepolizeilichen Bestimmungen und der Unfallverhütungsvorschriften hinzuwirken. Wörtlich dieselben Aufgaben sind nach § 78 Nr. 6 dem Arbeiterrat und Angestelltenrat übertragen, soweit es sich um die Bekämpfung der Unfall- und Gesundheitsgefahren usw. der einzelnen Arbeitnehmergruppen (Arbeiter oder Angestellte) im Betriebe handelt. Die wichtigste hier in Betracht kommende Vorschrift enthält aber der § 77 des Betriebsrätegesetzes: „Ein von dem Betriebsrat bestimmtes Mitglied ist bei Unfalluntersuchungen, die vom Arbeitgeber, dem Gewerbeaufsichtsbeamten oder sonstigen in Betracht kommenden Stellen im Betrieb vorgenommen werden, zuzuziehen." Solche Unfalluntersuchungen, die vom Arbeitgeber oder dem Gewerbeaufsichtsbeamten vorgenommen werden, sind in keinem Gesetz vorgesehen. Dagegen gibt es unter den „sonstigen Stellen" eine, die recht häufig entsprechend gesetzlicher Pflicht die Untersuchung von Unfällen vornimmt: die Ortspolizeibehörde. Nach § 1559 RVO. hat sie sobald als möglich den Unfall zu untersuchen, wenn ein Versicherter getötet oder derart verletzt worden ist, daß er voraussichtlich zu entschädigen ist. Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß zu den Unfalluntersuchungen im Sinne des § 77 des Betriebsrätegesetzes auch die nach § 1559 RVO. gehören.

Feig-Sitzler, Kommentar zum Betriebsrätegesetz, fassen den § 77 so auf, daß der Betriebsrat dieses Mitglied allgemein oder von Fall zu Fall zu bestimmen hat (Anm. 2). Sachgemäß aber erscheint nur die allgemeine Bestellung für alle nach § 77 in Frage kommenden Untersuchungen, damit sich dieser Vertrauensmann in seine Aufgaben als Sachverständiger für alle Fragen der Bekämpfung der Unfall- und Gesundheitsgefahren, soweit diese Fragen zur Zuständigkeit des Betriebsrates gehören, gehörig einarbeiten kann. In seiner Durchführung wirft der § 77 manche juristische Streitfrage auf. Das Gesetz enthält hier ganz erhebliche Lücken. Wer hat die Zuziehung der Vertrauensperson zu den Untersuchungen zu besorgen? Nach § 1559 RVO. nimmt die Unfalluntersuchungen die Ortspolizeibehörde vor. Da sie die in § 1562 RVO. bezeichneten Teilnehmer einzuladen hat, muß sie auch die Unfallvertrauensperson des Betriebsrates benachrichtigen. Wenn weiter der § 77 BRG. nur von solchen Untersuchungen spricht, die „im Betriebe vorgenommen werden", so sind wohl alle Untersuchungen von Unfällen gemeint, die sich im Betriebe zugetragen haben. Wenn das nicht so wäre, so hätte es ja die Ortspolizeibehörde in der Hand, durch einfache Verlegung der Untersuchung nach einer Stelle außerhalb des Betriebs die Teilnahme der Unfallvertrauensperson unmöglich zu machen. Auch über die Befugnisse des Unfallvertrauensmannes bei der Unfalluntersuchung schweigt sich das Betriebsrätegesetz aus. Man wird aber annehmen müssen, daß er die gleichen Rechte hat, wie die übrigen im § 1562 RVO. aufgeführten Teilnehmer, z. B. wie der Vertreter der Krankenkasse. Zweifellos kann er Fragen an den Verletzten, den Unternehmer usw. stellen, auch bestimmte Festlegungen in der aufzunehmenden Niederschrift verlangen. Wenn nach § 1567 RVO. „die Beteiligten" Einsicht in die Verhandlungen und Abschrift verlangen können, so muß nunmehr auf Grund des § 77 BRG. auch der Unfallvertrauensmann als Beteiligter gelten. Die Zuziehung von Sachverständigen zu beantragen (§ 1564 Abs. 2 RVO.) steht ihm aber nicht zu, weil er nicht zu den „Berechtigten" (Verletzten usw.) gehört.

Die Unfalluntersuchung ist nach Ansicht aller Sachverständigen eine günstige Gelegenheit, die Unfallschutzeinrichtungen kennen zu lernen und erzieherisch an Ort und Stelle auf Unternehmer und Arbeiter im Sinne einer gesteigerten Achtsamkeit auf die Unfallverhütung einzuwirken. Es lassen sich im Einzelfall manche wertvolle Winke geben, die erforderlichen Maßnahmen zur Verhütung ähnlicher Unfälle eingehend besprechen,

Digitized by Google

mancherlei Verbesserungen der Apparate und Betriebseinrichtungen anregen usw.

Nachdem unabhängig voneinander aus dem praktischen Bedürfnis heraus zwei ziemlich gleichgeartete Einrichtungen entstanden sind — die Unfallvertrauensperson auf Grund des neuen § 14a der Normal-Unfallverhütungsvorschriften und der Unfallvertrauensmann auf Grund des § 77 des jetzigen Betriebsrätegesetzes — würde mit der Möglichkeit von unerquicklichen, der Sache nachteiligen Reibungen zu rechnen sein, wenn es nicht gelänge, beide Einrichtungen miteinander zu vereinigen oder die eine durch die andere entbehrlich zu machen. Jede von ihnen hat ihre besonderen Vorzüge. Zweckmäßig aber wird man von den Unfallverhütungsvorschriften ausgehen. Durch die Verankerung der Unfallvertrauensperson in den Unfallverhütungsvorschriften gewinnen letztere an Bedeutung. Man kann daraus folgern, daß damit überhaupt die Unfallverhütung gewinnt. Gleiches wird zu gleichem gebracht. Im Betriebsrätegesetz stehen die betreffenden Bestimmungen etwas isoliert, und es gewinnt den Anschein, als seien sie nur hineingebracht, um eine Aufgabe mehr für den Betriebsrat aufzuführen. Im allgemeinen hat ja auch der Betriebsrat andere auf wirtschaftspolitischem Gebiete liegende Aufgaben. Die Unfallverhütung ist ihm mehr oder weniger eine nebensächliche Aufgabe, der erfahrungsgemäß deswegen geringere Aufmerksamkeit geschenkt wird. Durch die Unfallvertrauensperson auf Grund der Unfallverhütungsvorschriften dagegen wird die Mitwirkung der Versicherten an den Aufgaben der Unfallverhütung auf eine breitere Grundlage gestellt. Ein wesentlicher Vorteil der Unfallvertrauensperson ist auch ihre unmittelbare Wahl durch die Arbeiter selbst. Diese wissen, daß sie eben eine Person ihres Vertrauens für die Pflege der Unfallverhütung zu wählen haben, und sie werden die geeignetste hierzu aussuchen. Gewiß wird auch der Unfallvertrauensmann auf Grund des Betriebsrätegesetzes gewählt, aber er wird doch nur vom Betriebsrat aus dem Betriebsrat gewählt; die Auswahl ist also eine beschränkte. Es ist möglich, daß sich unter den Betriebsratsmitgliedern keine Person findet, die sich so recht für den Posten eignet, obgleich außerhalb des Betriebsrates mehrere vorzüglich geeignete „Anwärter" vorhanden sind. Das erklärt sich einfach daraus, daß man bei der Wahl des Betriebsrates auf die Mitberufung eines geeigneten Unfallvertrauensmannes nicht die nötige Aufmerksamkeit legen wird, weil eben meist die Eignung der Betriebsratsmitglieder aus ganz anderen Gesichtswinkeln festgestellt wird.

Die Amtsdauer der Unfallvertrauensperson auf Grund der Normal-Unfallverhütungsvorschriften soll eine unbeschränkte sein. Ob das zweckmäßig ist, soll dahingestellt bleiben. Eine regelmäßig sich wiederholende Neuwahl, etwa alle vier Jahre, entsprechend dem § 16 RVO., hätte jedenfalls viele Vorteile. Eine solche Einrichtung würde dazu beitragen, das Vertrauen in die Vertrauensperson zu erhöhen, weil ja für den Fall, daß das Vertrauen verloren gegangen ist, seine Wiederwahl unterbleiben und eine andere „Vertrauensperson" gewählt werden kann. Auf alle Fälle besteht aber bei einer Unfall-Vertrauensperson außerhalb des Betriebsrätegesetzes die Möglichkeit einer längeren Amtsperiode; die im Betriebsrätegesetz vorgesehene nur einjährige Wahldauer ist zweifellos zu kurz, um der Vertrauensperson Gelegenheit zum Einarbeiten in die vielseitigen Aufgaben zu gewährleisten. Eine solche längere Erfahrung und Übung ist aber gerade bei dem hier in Frage kommenden Amte unerläßlich.

Die Tätigkeit der Unfallvertrauensperson ist die eines Wächters und Erziehers mit einer gewissen öffentlich rechtlichen Bedeutung. Ihre Vorgänger in beruflicher Beziehung sind die Altgesellen. Im einzelnen wird man die Aufgaben vielleicht wie folgt umschreiben können: 1. Fortlaufende Beaufsichtigung des Vorhandenseins und der ordnungsmäßigen Benutzung der vorgeschriebenen Schutzvorrichtungen; 2. Meldung et-

Digitized by Google

waiger Mängel beim Betriebsleiter oder der sonst zuständigen Stelle; 3. Vorschläge zur Verbesserung des Unfallschutzes im Betriebe; 4. Erweckung des Interesses für Unfallverhütung bei den Arbeitsgenossen; 5. Unterstützung der technischen Aufsichtsbeamten bei Betriebsbesichtigungen. Es ist jedenfalls leicht, diese Obliegenheiten noch zu vermehren.

Im allgemeinen lassen sich für den Unfallvertrauensmann nachfolgende Gründe vortragen: Er ist Stammarbeiter, daher mit dem Betriebe gründlich vertraut. Er bleibt Spezialist, daher besitzt er eine sachliche Überlegenheit gegenüber weniger geschulten und ungeübteren Arbeitskollegen und gegenüber dem Nachwuchs, dem er mit Rat und Tat zur Seite steht. Er bleibt Mitarbeiter, daher hat er ständige Fühlung mit den Unfallgefährdeten und wird ihnen, da keine Stellungsunterschiede bestehen, nicht fremd. Seine Sprache, sein Gebaren und seine Umgangsformen sind den Arbeitskollegen vertraut, daher ist er der natürliche Dolmetscher der starren in Gesetzessprache geschriebenen Unfallverhütungsvorschriften für das Arbeiterverständnis. Als ständiger Augenzeuge der Arbeitsverrichtungen vermag er den nachhaltigsten Einfluß auf die Arbeitskollegen auszuüben und die Unfälle sachgemäß aufzuklären. Seine Konzentration auf eine Sonderaufgabe vertieft sein Verständnis und seine Hingebung an die ihm übertragenen Obliegenheiten. Seine Tätigkeit ist unpolitisch und für alle vorteilhaft, sie wirkt deshalb überbrückend und vermittelnd. Sein Beispiel stärkt den Gemeinschaftsgedanken und das Verantwortungsgefühl aller Arbeiter.

Wir würden deshalb eine Gesetzesänderung dahin vorschlagen, daß eine dem oben angeführten § 14a der Normal-Unfallverhütungsvorschriften entsprechende Bestimmung in die Reichsversicherungsordnung aufgenommen wird, so daß also die Unfallvertrauensperson obligatorisch für alle angeführten Betriebe wird. Der § 77 des Betriebsrätegesetzes (Zuziehung eines Betriebsratsmitgliedes zu den Unfalluntersuchungen) könnte fortfallen; diese Obliegenheiten könnte der vorerwähnten Unfallvertrauensperson mit übertragen werden. Die in den §§ 66 Nr. 8 und 78 Nr. 6 den Betriebs-Arbeiter- und Angestelltenräten übertragenen Aufgaben (allgemeine Bekämpfung der Unfall- und Gesundheitsgefahren im Betriebe usw.) können bestehen bleiben, es müßte hier nur eine Ergänzung nach der Richtung vorgenommen werden, daß bei einschlägigen Beratungen die Unfallvertrauensperson zugezogen werden muß. —

Eine erweiterte Beteiligung der Arbeiter an der Unfallverhütung ist in letzter Zeit noch durch Nutzbarmachung des § 875 letzter Satz RVO. herbeigeführt worden. Dieser Paragraph legt die Pflicht der Berufsgenossenschaften zur Anstellung technischer Aufsichtsbeamten zur Betriebsüberwachung fest. „Als solche Beamte können auch Personen angestellt werden, die früher den versicherten Betrieben als Arbeiter angehört haben," heißt es zum Schluß. Dieser Satz ist von der Reichstagskommission eingefügt worden, nachdem vorher ein weitergehenderer Antrag, in dem gefordert wurde, daß mindestens ein Viertel der technischen Aufsichtsbeamten als Arbeiter beschäftigt gewesen sein müsse, abgelehnt worden war. Der hervorgehobene Satz stand zunächst einige Jahre im Gesetz, ohne daß er überhaupt zur Anwendung kam. Erst die letzten Kriegsjahre, die eine vermehrte Heranziehung von Arbeitern zu öffentlichen und ähnlichen Ämtern brachte, schmolzen auch hier das Eis. Beispielsweise wurde von der See-Berufsgenossenschaft und der Steinbruchs-Berufsgenossenschaft bekannt, daß sie derartige Arbeiterkontrolleure angestellt haben.

Der 30. ordentliche Berufsgenossenschaftstag beschäftigte sich ebenfalls mit der Frage der Beteiligung von Arbeitern an der Betriebsüberwachung durch Anstellung ständiger Arbeiterkontrolleure nach Art der für das Bauwesen neugeschaffenen Bautenkontrolleure. Der Verbandstag nahm aber keine grundsätzliche Stellung zu der An-

Digitized by Google

gelegenheit. Er wollte es den einzelnen Berufsgenossenschaften überlassen, je nach der Eigenart ihrer Betriebsverhältnisse die Mitwirkung der Arbeiter bei der Betriebsüberwachung zu regeln. Das Reichsversicherungsamt ersuchte die Berufsgenossenschaften, alsbald nach eingehender Prüfung ihrer verschiedenartig gestalteten Betriebsverhältnisse zu prüfen, für welche ihrer Gewerbszweige und Betriebsarten diese Form der Mitwirkung von Arbeitern bei der Betriebsüberwachung zweckentsprechend ist.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

„Volontäre" als Lehrlinge.

Rev. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 30. Juli 1920 (IIa K. E. 50/20).

. . . Wie mit den Vorinstanzen anzunehmen ist, liegen bei den Volontären der A. G. W., H. und L., die in der „Anleitung des RVA. über den Kreis der nach der Reichsversicherungsordnung gegen Invalidität und gegen Krankheit versicherten Personen" (Amtl. Nachr. des RVA. 1912 S. 721 Ziff. 39) angegebenen, vom RVA. wiederholt (zu vgl. Entsch. und Mitt. des RVA. Bd. 9 S. 33 ff., Revisionsentsch. 2410, Amtl. Nachr. des RVA. 1918 S. 168 ff., Revisionsentsch. 2480, Amtl. Nachr. d. RVA. 1918 S. 453) als wesentlich bezeichneten zwei Merkmale des Lehrlingsbegriffs, das Bestehen eines Beschäftigungsverhältnisses und die Erlangung einer Fachausbildung als dessen Zweck vor. Nach der Auskunft der Firma ist bei der Art der Beschäftigung ihrer Volontäre kein Unterschied gemacht gegenüber der Art der Beschäftigung der Lehrlinge; beide erhalten ihre Ausbildung bei Gelegenheit der Betriebstätigkeit, die Arbeit wird den Volontären „wie den übrigen Lehrlingen" vom Meister zugewiesen, und sie sind, wie jene, zur Leistung dieser Arbeit verpflichtet, es besteht also auch für sie ein persönliches Abhängigkeitsverhältnis gegenüber dem Unternehmer. Daß die Gesamtdauer der Beschäftigung bei Volontären und Lehrlingen verschieden ist, kann für die Beurteilung nicht in Betracht kommen, da in beiden Fällen der Inhalt des Beschäftigungsverhältnisses der gleiche ist; im übrigen wird dieser Unterschied bei den Volontären im allgemeinen durch ihre erhöhte Schulbildung und Auffassungsgabe und, worauf die A. G. W. besonders hinweist, durch ihre sorgfältigere Ausbildung ausgeglichen. Die Fachausbildung zur Ermöglichung der künftigen Ausübung einer Erwerbstätigkeit ist der Zweck bei den Volontären wie bei den Lehrlingen. Bei der Gleichheit des Lehrgegenstandes ist es aber unerheblich, daß das „Fach", wofür ausgebildet wird, bei beiden verschieden sein kann, nicht muß; in letzterer Beziehung weist die Firma W. mit Recht darauf hin, daß auch ein großer Teil ihrer Lehrlinge später sich nicht als Facharbeiter betätigen, sondern dem Techniker- oder Ingenieurberufe zuwenden will, in welchem Falle sie ebenso wie die Volontäre im Anschluß an die praktische Ausbildung ihre theoretischen Kenntnisse auf einer mittleren oder höheren Fachschule ergänzen müssen. Ob das angestrebte Fach unmittelbar im Anschluß an die praktische Ausbildung ausgeübt werden soll und kann, oder ob sich dazwischen noch das theoretische Studium auf einer Fachschule einschiebt, kann für die Beurteilung bei gleichem Inhalt der praktischen Vorbildungsstufe keinen Unterschied ausmachen. Daß für die Ausbildung der Volontäre eine Vergütung gezahlt wird, begründet gleichfalls keinen Unterschied, denn auch für Lehrlinge muß in zahlreichen Fällen Lehrgeld gezahlt werden. Auch die Vermögensverhältnisse des Volontärs oder seiner Eltern können, zumal bei der heutigen Verschiebung der Einkommensverhältnisse, nicht von Bedeutung sein. Vollständig unerheblich muß es endlich sein, wenn der Volontär im Laufe der Ausbildungszeit seine Pläne bezüglich des Fachs, wozu er sich ausbilden lassen wollte, ändert und seinen Beruf wechselt.

Mit den Vorinstanzen war daher jedenfalls für die vorliegenden beiden Fälle die Gleichstellung der Volontäre mit den Lehrlingen und damit ihre Versicherungspflicht zu bejahen....

(„Berufsgenossenschaft".)

Versicherungsgrenze (§ 165 Abs. 2 RVO.), wenn auf das Gehalt ein Ruhegehaltsbezug angerechnet wird.

Beschluß des **Oberversicherungsamts Berlin** vom 21. Dezember 1920 (III B. K. 865/20).

Der Beschwerdeführer ist bei der Reichsbank als kaufmännischer Angestellter beschäftigt, und zwar hat er nach dem geltenden Tarifvertrage eine jährliche Besoldung von 18 750 ℳ zu erhalten, auf die jedoch nach § 20 des Tarifvertrages ein Ruhegeld von 4554 ℳ, das er als pensionierter Eisenbahnassistent erhält, in voller Höhe anzurechnen ist. Die Allgemeine Ortskrankenkasse vertritt den Standpunkt, daß infolge der Anrechnung des Ruhegehalts auf die tarifmäßige Besoldung diese um die Höhe des Ruhegehalts herabgesetzt sei und, da nach Abrechnung des

Digitized by Google

Ruhegehalts der tatsächliche Arbeitsverdienst des Beschwerdeführers niedriger als 15 000 ℳ sei, für den Beschwerdeführer die Versicherungspflicht bestehe. Das Versicherungsamt hat in diesem Sinne entschieden. Das Oberversicherungsamt aber hat den Angestellten auf seine Beschwerde für versicherungsfrei erklärt aus folgenden Gründen:

Da dem Beschwerdeführer, wie von seiner Arbeitgeberin ausdrücklich bestätigt wird, nach dem Tarifvertrage ein Entgelt in Höhe von 18 750 ℳ zusteht, so hat sich das Oberversicherungsamt den Ausführungen in der Vorentscheidung des Versicherungsamts nicht anzuschließen vermocht. In vorliegendem Falle wird das Ruhegehalt nicht, wie sonst vielfach der Fall, neben dem Arbeitsverdienst gezahlt, so daß das Ruhegehalt bei Feststellung der Höhe des Arbeitsverdienstes, wie durch ständige Rechtsprechung anerkannt, nicht dem tatsächlichen Arbeitsentgelt hinzugerechnet werden kann, sondern hier bildet das Ruhegehalt eine Art der Zahlung des tarifmäßig festgesetzten tatsächlichen Arbeitsverdienstes, dessen Höhe in keiner Weise durch den Empfang des Ruhegehalts berührt werden soll. Daß der tatsächliche Arbeitsverdienst des Beschwerdeführers 18 750 ℳ und nicht etwa 18 750 ℳ weniger 4554 ℳ (Ruhegehalt) beträgt, erhellt auch schon daraus, daß die Arbeitgeberin verpflichtet wäre, das tarifmäßig festgesetzte Gehalt von 18 750 ℳ dem Kläger in voller Höhe zu zahlen, auch wenn die Pension in Fortfall kommen würde. Die Anrechnung des Ruhegehalts auf den tarifmäßigen Arbeitsverdienst stellt hier nichts anderes dar als eine besondere Art der Verrechnung, deren Wirkung, ebenso wie die des § 20 des Tarifvertrages dahin geht, daß sie einem Ruhen des Ruhegehalts während der Tätigkeit des Ruhegehaltsempfängers bei der Reichsbank gleichkommt.

Da hiernach der tatsächliche Arbeitsverdienst des Beschwerdeführers auf 18 750 ℳ angenommen werden muß, ist er als versicherungsfrei zu erklären gewesen. Der Beginn der Versicherungsfreiheit ist nach ständiger Rechtsprechung auf den Tag der Bekanntgabe der Gehaltserhöhung über 15 000 ℳ festzustellen, im vorliegenden Falle also auf den Tag der Bekanntgabe des Tarifvertrages vom 4. Juni 1920.

B. Zur Krankenversicherung.

Kassenzugehörigkeit von Mitgliedern einer Haus- oder anderen Musikkapelle.

Urteil des Oberversicherungsamts Berlin (Spruchkammer 4) v. 6. Dezember 1920 (K. 962/20 IV).

Über das tatsächliche Verhältnis zwischen dem Kapellmeister H. und dem verstorbenen R. besteht kein Streit und ebensowenig darüber, daß R. als versicherungspflichtiges, aber nicht angemeldetes Krankenkassenmitglied am 9. August 1919 plötzlich verstorben ist und der Frau R. darum ein Sterbegeld zusteht. Streitig ist nur, welche der drei Krankenkassen, die im Urteilstenor genannt sind, zur Zahlung des Sterbegeldes verpflichtet ist.

Die Entscheidung dieser Frage hängt davon ab, ob der verstorbene R. als unständig Beschäftigter zu gelten hat, da er in diesem Falle nach § 442 RVO. der Allgemeinen Ortskrankenkasse seines Wohnortes Berlin als Pflichtmitglied angehört haben würde, und ob, im entgegengesetzten Falle, als Arbeitgeber des R. die Inhaberin der S....säle oder der Kapellmeister H. anzusehen ist. Würde die Inhaberin der S....säle als Arbeitgeberin anzusehen sein, würde R. als Arbeitnehmer eines Mitgliedes der Innungskrankenkasse der Gastwirte-Innung des Kreises Teltow dieser Kasse als Pflichtmitglied angehört haben; würde der Kapellmeister als Arbeitgeber anzusehen sein, würde R. als sein Arbeitnehmer Pflichtmitglied entweder der Allgemeinen Ortskrankenkasse Wilmersdorf oder der Allgemeinen Ortskrankenkasse der Stadt Charlottenburg gewesen sein, je nachdem R. mit seiner Kapelle ständig in den S....sälen beschäftigt gewesen ist. (§ 153 Abs. 1 und 2) oder bei dem Mangel einer festen Betriebsstätte den Sitz seines Betriebes in seiner Wohnung in Charlottenburg hatte.

Die Frage zunächst, ob R. als „unständig" Beschäftigter anzusehen ist, mußte verneint werden. Unter einem unständig Beschäftigten ist nach der ständigen Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes nur ein Lohnarbeiter zu verstehen, der ohne ein festes Arbeitsverhältnis nur gelegentlich Arbeiten verschiedenster Art verrichtet. Ein solcher Arbeiter aber ist R. nicht gewesen. Er hat stets als Musiker gearbeitet, ist mit H. zwar nur in ein kurz dauerndes und nicht für eine bestimmte Zeit vereinbartes Arbeitsverhältnis eingetreten und hat außerdem während der Dauer dieses Verhältnisses nur in der Kapelle H. und nur in den S....sälen Arbeit geleistet. Alles das unterscheidet ihn wesentlich von dem sogenannten Gelegenheitsarbeiter. Der Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin hat er darum am Tage seines Todes jedenfalls als „unständig Beschäftigter" nicht angehört. Ebensowenig aber hat R. an seinem Todestage der Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin deswegen als Pflichtmitglied angehört, weil er früher Mitglied dieser Kasse gewesen war und von seinem früheren Arbeitgeber, dem C....hotel unter Fortfall seiner Bezüge vom 1. Juli bis 31. August 1920 nur beurlaubt gewesen ist. Die Gründe der angefochtenen Entscheidung sind

Digitized by Google

in diesem Punkte zutreffend. Das Oberversicherungsamt hat sich ihnen angeschlossen. Nach alledem kommt die Allgemeine Ortskrankenkasse Berlin als zur Zahlung des Sterbegeldes verpflichtet nicht in Betracht. Für die Innungskrankenkasse der Gastwirte-Innung des Kreises Teltow gilt dasselbe. Es trifft zwar zu, daß das Reichsversicherungsamt unter dem 21. Juli 1912 entschieden hat, daß nicht die Kapellmeister oder Leiter der Kaffeehaus- und Restaurationskapellen als Arbeitgeber der mit ihnen wirkenden Musiker anzusehen sind, sondern die Lokalinhaber, doch diese Entscheidung kann für den vorliegenden Fall keine Anwendung finden, da die sogenannten Hauskapellen, d. h. Kapellen, die mit einem Gasthausbetrieb in einem so engen Verhältnis stehen, daß ihre Leistungen als Hilfsleistungen im Gewerbe des Wirtes erscheinen. Außerdem ist am Schlusse der Entscheidungsgründe besonders hervorgehoben, daß der ausgesprochene Grundsatz nur im allgemeinen und nur für Verhältnisse gilt, die den der Entscheidung zugrunde liegenden wenigstens ähnlich sind. Hier aber ist das Verhältnis zwischen dem Inhaber der S....säle und dem Kapellmeister H. ein anderes gewesen. Durch die Zeugenaussagen ist erwiesen, daß die Kapelle H. keineswegs als Hauskapelle der S....säle gelten kann. Sie spielt außer in den S....sälen noch in anderen Lokalen, sie wird außer von der Inhaberin der S....säle auch noch von Vereinen in Dienst genommen, und sie ist keineswegs vertraglich verpflichtet, ihre Leistungen nur in den Dienst der S....säle zu stellen. Alles dies läßt das Verhältnis zwischen ihr und dem Inhaber der S....säle als ein viel loseres erscheinen, auch wenn die Bezahlung der Kapellenmitglieder durch diesen Inhaber für den Kopf und für die Arbeitsstunde erfolgte. Mit in Betracht gezogen mußte weiter werden, daß H. sich anderen Musikern seiner Kapelle gegenüber selbst als Arbeitgeber gefühlt hat, wie daraus erhellt, daß er sie, sofern er nur mit einer längeren Dauer ihrer Beschäftigung bei ihm rechnen konnte, bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse Charlottenburg gemeldet hat. Nach alledem hat das Oberversicherungsamt angenommen, daß unter den hier vorliegenden besonderen Verhältnissen und in Abweichung von dem obenerwähnten Grundsatz des Reichsversicherungsamts nicht die Inhaberin der S....säle, sondern der Kapellmeister H. als Arbeitgeber seiner Musiker und auch des verstorbenen R. anzusehen ist, so daß auch die Innungskrankenkasse der Gastwirte, deren Mitglied zwar die Inhaberin der S....säle, nicht aber H. ist, als zur Zahlung des Sterbegeldes verpflichtet auszuschalten hat.

Aus der durch die Zeugenaussagen als erwiesen anzusehenden Tatsache, daß H. mit seiner Kapelle in verschiedenen Lokalen spielt, also keine feste Betriebsstätte hat, ergibt sich weiter, daß der verstorbene R. als Arbeitnehmer des H. der Allgemeinen Ortskrankenkasse als Pflichtmitglied angehört hat, in deren Bezirk der Betrieb des H. seinen Sitz hat, also in deren Bezirk H. wohnt, das ist aber die Allgemeine Ortskrankenkasse Charlottenburg. Ob R. zu dieser Kasse angemeldet war, oder nicht, ist für diese Entscheidung ohne Bedeutung.

Zur Besoldung der Kassenangestellten.

Bescheid des preuß. Ministers für Volkswohlfahrt vom 6. Februar 1921 (III. V. 204).

In der Begründung zum sogenannten Sperrgesetz vom 21. Dezember 1920 (RGBl. S. 2117) ist gesagt, daß die Reichsregierung sich nicht im unklaren darüber war, daß das Gesetz nicht unerheblich in das Selbstbestimmungsrecht der Länder, Gemeinden und sonstigen öffentlichen Körperschaften eingreife. Solche Bedenken hätten indessen zurücktreten müssen gegenüber der Erwägung, daß ein weiteres wechselseitiges Überbieten in der Beamtenbesoldung allen Gemeinwesen, die Arbeitgeber von Beamten sind, unerträgliche Lasten aufbürden müßte, und daß die außergewöhnliche Notlage des deutschen Volkes außergewöhnliche Maßnahmen gebieterisch fordere. War das Selbstbestimmungsrecht der Krankenkassen als öffentliche Körperschaften schon bislang durch das Genehmigungsrecht des Oberversicherungsamts zu der Dienst- und Besoldungsordnung der Krankenkassenangestellten eingeschränkt, so lag es mir als Landeszentralbehörde für Preußen ob, die zur Durchführung der neuen, das Selbstbestimmungsrecht noch weiter beschränkende Bestimmungen nötigen Ausführungsvorschriften zu erlassen.

Daß das Gesetz sich nicht auf die Krankenkassen beziehen sollte, kann ich weder aus dem Gesetzestext, noch aus den Gesetzesmaterialien (Begründung, Kommissionsberichte, Reichstagsverhandlungen) entnehmen. Nach den Erklärungen der Regierungsvertreter auf Seite 5 des Berichts über die 49. Sitzung des Ausschusses für den Reichshaushalt sind von der Regelung die Angestellten ausgenommen, deren Dienstverhältnisse durch das Bürgerliche Gesetzbuch und andere privatrechtliche Reichsgesetze geregelt werden. Für die Kassenangestellten gelten indessen die öffentlich-rechtlichen Vorschriften der Reichsversicherungsordnung. Diese Vorschriften enthalten eine besondere, außerhalb des Privatrechts liegende Regelung insoweit, als die Dienstverhältnisse der Angestellten in Betracht kommen, die der Dienstordnung unterstehen. Diese sind daher als Beamte öffentlicher Körperschaften anzusehen. Ein Unterschied zwischen Angestellten und Beamten (im engeren Sinne) kommt nicht mehr in Frage, nachdem der § 359 Abs. 1 bis 5 RVO. aufgehoben ist und die Krankenkassen, auch ohne behördliche Ge-

Digitized by Google

nehmigung im Einzelfalle, Beamte mit Anrecht auf Ruhegehalt und Hinterbliebenenfürsorge anstellen können und tatsächlich in weitem Umfange angestellt haben.

Das Selbstbestimmungsrecht der Krankenkassen wird durch die neuen Vorschriften übrigens nicht erheblich weiter eingeschränkt, sofern die Oberversicherungsämter bei Genehmigung der Besoldungsordnungen die Gehaltsbezüge gleichartiger Gemeindebeamten auch bisher schon berücksichtigt haben. Ich nehme dieserhalb Bezug auf das dorthin gerichtete Schreiben des Herrn Reichsarbeitsministers vom 26. März 1920 — Nr. II, 877, 2 Ang. —. Durch das Sperrgesetz ist diese von den Oberversicherungsämtern im Einvernehmen mit den Ministerialinstanzen befolgte Richtlinie lediglich des näheren festgelegt. Hinzu kommt ein Verfahren, nach welchem bereits genehmigte Besoldungsordnungen neu festgesetzt werden können. Eine solche Neuregelung vollzieht sich aber in denselben Formen, wie die erstmalige Festsetzung. Die volljährigen Kassenangestellten sind vor der Änderung zu hören (§ 355 RVO.), und die Betriebsräte (Angestelltenräte) haben selbstverständlich das Recht, die ihnen durch das Betriebsrätegesetz gegebenen Befugnisse der Kassenverwaltung gegenüber auszuüben. Das Sperrgesetz bestimmt ferner, daß wohlerworbene Rechte aufrechterhalten bleiben, worauf in meiner Ausführungsanweisung hingewiesen ist.

Ich vermag hiernach nicht zu erkennen, wie die Rechte der Angestellten der Krankenkassen durch meine Runderlasse an die Oberversicherungsämter im Widerspruch mit den Gesetzen beeinträchtigt sein sollten, und stelle anheim, die Fachgruppen des Zentralverbandes der Angestellten von meiner Stellungnahme in Kenntnis zu setzen.

Sollten die von mir erlassenen Vorschriften des weiteren angefochten werden, so würden die gesetzlich vorgesehenen Instanzen — Landesschiedsgericht und Reichsfinanzminister — zu entscheiden haben.

Zu vgl. hier Heft 7 S. 127 und Heft 8 S. 149.

C. Zur Unfallversicherung.

Erfordernis gehöriger Begründung der Entscheidung. — Unfallversicherte Tätigkeit bei einer Bahnhofskommandantur.

Rek. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** (10. Sen.) vom 5. Januar 1921.

Das Oberversicherungsamt hat die Frage, ob der Kläger nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung der Unfallversicherung unterlag, als er den Unfall erlitt, bejaht, sich in den „Gründen" seiner Entscheidung aber darauf beschränkt, nach kurzer Darstellung des Sachverhalts und Wiedergabe des wesentlichen Inhalts des angefochtenen Bescheids und der Berufungsschrift, noch einmal auszusprechen, was schon im Urteilstenor gesagt ist, nämlich daß der Beklagte verpflichtet ist, für den dem Kläger durch den Unfall entstandenen Schaden aufzukommen. Damit ist aber der Vorschrift des § 1679 Abs. 1 in Verbindung mit § 1671 Abs. 2 RVO. keineswegs genügt. Dem Zweck dieser Vorschrift entspricht es nicht, lediglich das Endergebnis der Prüfung des Streitverhältnisses mitzuteilen, sondern es ist darzulegen, welche Erwägungen zu diesem Ergebnis geführt haben. Das zu erfahren, ist nicht nur das berechtigte Verlangen der Parteien, es ist auch für das Gericht notwendig, das die Entscheidung im Instanzenzuge nachzuprüfen hat. Das Reichsversicherungsamt hat jedoch davon abgesehen, wegen dieses wesentlichen Mangels das Urteil aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zur erneuten Entscheidung zurückzuverweisen, weil die Sache nach der Aktenlage spruchreif erschien.

Auch das Reichsversicherungsamt hat den Beklagten für verpflichtet gehalten, den Kläger für die Folgen des erlittenen Unfalls zu entschädigen. Der Kläger war zur Zeit des Unfalls auf Grund des Gesetzes über den vaterländischen Hilfsdienst vom 5. Dezember 1916 (RGBl. S. 1333) zum Dienst als Wachtmann bei der Bahnhofskommandantur in F. herangezogen. Als Hilfsdienstpflichtiger unterlag er nach § 1 der Verordnung des Bundesrats über Versicherung der im vaterländischen Hilfsdienst Beschäftigten vom 24. Februar 1917 (RGBl. S. 171) den Vorschriften über die reichsgesetzliche Arbeiterversicherung. Er war also gegen Unfall versichert, wenn er in einem nach den Vorschriften des Dritten Buches der Reichsversicherungsordnung versicherungspflichtigen Betriebe beschäftigt wurde. Da der Kläger von einer militärischen Behörde angestellt war, kommt dabei lediglich die Vorschrift des § 537 Abs. 1 Ziff. 5 RVO. in Frage, wonach die Betriebe der Heeresverwaltungen der Unfallversicherung unterliegen. Es ist deshalb zu prüfen, ob die Tätigkeit des Klägers bei der Bahnhofskommandantur in F. einem solchen Betriebe zugehörte.

Die Bahnhofskommandanturen sind Militär-Eisenbahnbehörden, die auf Grund der Vorschriften der Militärtransportordnung für Eisenbahnen vom 18. Januar 1899 im Kriege wie im Frieden nach Bedarf errichtet worden sind und bei der Vorbereitung und Ausführung der Beförderung der bewaffneten Macht und ihrer Bedürfnisse auf den Eisenbahnen mitzuwirken hatten (§§ 1 u. 2 a. a. O.). Wenn sie auch nicht dem Kriegsministerium, sondern im Frieden dem Chef des Generalstabes der Armee

Digitized by Google

und im Kriege dem Generalinspekteur des Etappen- und Eisenbahnwesens unterstellt (§ 2 a. a. O.) und mithin nicht Behörden der Heeresverwaltung im engeren Sinne waren, so unterliegt es doch keinem Bedenken, auf die tatsächlich von ihnen ausgeübte, den Zwecken des Heeres dienende Verwaltungstätigkeit die Vorschrift des § 537 Abs. 1 Ziff. 5 RVO. anzuwenden, sofern sie einen Betrieb im Sinne der Reichsversicherungsordnung oder eine Tätigkeit in einem solchen darstellt und Arbeiter oder Betriebsbeamte dabei beschäftigt worden sind.

Der Begriff des Betriebes erfordert technische, also nicht rein büromäßige Verrichtungen, die auf wirtschaftliche Leistungen gerichtet sind. Bei Militärbehörden kommt auch nicht die Ausbildung der Soldaten und die Kriegführung als solche, sondern nur die technische Tätigkeit in der Verwaltung des Heeres, soweit sie wirtschaftlichen Zwecken dient, für die Frage, ob ein Betrieb vorliegt, in Betracht; zu vgl. Begr. zum § 1 des Gesetzes über die Ausdehnung der Unfall- und Krankenversicherung vom 28. Mai 1885 — Drucks. des Reichst., 6. Legisl. Per., I. Sess. 1884 Nr. 77 S. 9 —, der der Vorschrift des § 537 Abs. 1 Ziff. 5 RVO. im wesentlichen entspricht. Unter der Herrschaft des alten Rechts sind in solchen Tätigkeiten einzelner, mit einer gewissen Selbständigkeit ausgestatteter Verwaltungsstellen des Heeres, wie z. B. in der technisch-wirtschaftlichen Tätigkeit der einzelnen Intendanturen, den Menagebetrieben der Truppenteile, den Naturalleistungen, welche auf Grund des Reichsgesetzes vom 24. Mai 1898 (RGBl. S. 361) für die bewaffnete Macht beansprucht werden, versicherte Betriebe der Heeresverwaltung erblickt worden — zu vgl. Handb. der Unfallversf., 3. Aufl., Bd. I, S. 148 f., Anm. 105 a und b zu § 1 GewUnfVersGes. In der auf Grund der Reichsversicherungsordnung ergangenen Rekursentsch. 2957 (Amtl. Nachr. 1917 S. 489) hat das Reichsversicherungsamt auch ausgesprochen, daß nicht nur bestimmte Einzelbetriebe, sondern der gesamte technische Betrieb der Heeresverwaltung im allgemeinen der Unfallversicherung unterliegt.

Als Teil des technischen Heeresbetriebes in diesem Sinne stellt sich die von den Bahnhofskommandanturen auf den Bahnhöfen ausgeübte Tätigkeit dar. Nach den Vorschriften der Militärtransportordnung und der dazu ergangenen Ausführungsbestimmungen ist sie auf die glatte Abwicklung des Verkehrs der Militärtransporte, der Truppen, des Heeresgeräts und der sonstigen Heeresgüter auf den Bahnhöfen gerichtet. Zu diesem Zwecke haben die Bahnhofskommandanturen insbesondere für die Errichtung von Ladestellen und Ladevorrichtungen, für die Heranschaffung und Aufstellung des Ladematerials, für An- und Abmarschwege, Truppenaufstellungsplätze, Trink- und Tränkgelegenheiten, Verpflegungsmaßnahmen, Bedürfnisanstalten, Unterbringung nicht transportfähiger Kranker, Unterkunft von Truppen, die auf den Bahnhöfen übernachten, Sorge zu tragen und die Durchführung der getroffenen Vorkehrungen zu überwachen. Es handelt sich also um Leistungen wirtschaftlicher Art, die es gerechtfertigt erscheinen lassen, die mit ihrer technischen Ausführung befaßten, dem Heere nicht angehörenden Personen als im Betriebe der Heeresverwaltung beschäftigt anzusehen. Diese Auffassung wird auch dem Bedürfnis gerecht, derartige Arbeiter, insbesondere die Hilfsdienstpflichtigen, die bei ihrer Beschäftigung für das Heer ständig erheblichen Gefahren, wie denen des Eisenbahnbetriebes, ausgesetzt sind, nicht ohne den Schutz einer öffentlich-rechtlichen Versorgung bei Unfällen zu lassen.

Hiernach war der Kläger in seiner Tätigkeit bei der Bahnhofskommandantur in F. versichert. Er hatte bei der Abfertigung der Züge darüber zu wachen, daß in den Militärzügen keine Zivilpersonen mitfuhren. Auch diese Aufsichtstätigkeit diente dem technischen Heeresbetriebe. Daraus ergibt sich die Verpflichtung des Beklagten, den Kläger für die Folgen des dabei erlittenen Unfalls zu entschädigen.

Sprechsaal.

Zusammentreffen von Voraussetzungen für Krankenhilfe und für Wochenhilfe.

Über Art und Umfang der Leistungspflicht der Kassen in Fällen dieser Art entstehen in der Praxis immer wieder Zweifel. Wir haben uns darüber wiederholt geäußert und möchten hier einiges übersichtlich zusammenstellen. Allgemein sei darauf hingewiesen, daß beim Zusammentreffen der Voraussetzungen für Krankenhilfe und Wochenhilfe die Leistungen aus dem einen Grunde ergänzend zu den Leistungen aus dem anderen Grunde hinzutreten, abgesehen davon, daß nach § 195a Abs. 2 RVO. Krankengeld neben Wochengeld nicht gewährt wird (1921 S. 52 Anm.). Wie sich die Rechtslage beim Zusammentreffen von Schwangerschaftsbeschwerden oder Niederkunft mit Krankheit, insbesondere bei Steigerung der mit der Schwangerschaft gewöhnlich einhergehenden Beschwerden über das normale Maß und bei regelwidrigem (krankhaftem) Verlauf der Entbindung oder bei der Niederkunft während einer Krankheit oder bei einer Erkrankung nach der Niederkunft gestaltet, ist ausgeführt in der Auskunft 1920 S. 96 Ziff. 3 u. der Entscheidung 1921 S. 52. Zu vergl. sind auch über den Begriff der normalen Entbindung im Gegensatz zu krankhaftem Verlauf die Auskünfte 1920 S. 636 Ziff. 2, 656 Ziff. 6 und die erwähnte Entsch. 1921 S. 52. Über

Digitized by Google

Zuziehung des Arztes bei normalem Verlauf vgl. Auskunft 1920 S. 679 Ziff. 3 und über Anspruch auf Bezahlung von Arztkosten neben der baren Beihilfe aus § 195a Abs. 1 Ziff. 1 (oder 3) oder neben der Sachleistung aus § 195c vgl. Auskunft 1920 S. 57 Ziff. 5, S. 558 Ziff. 9, 10, S. 656 Ziff. 6, S. 698 Ziff. 4.

Besondere Zweifel tauchten auf beim Zusammentreffen von Krankengeld und Wochengeld in den letzten vier Wochen vor der Niederkunft. Hierüber haben wir uns im Jahrg. 1920 S. 519 Ziff. 8 und 1921 S. 140 Ziff. 2 geäußert. Jetzt liegen hierüber (nach der „Ortskrankenkasse", 1921 Sp. 170) infolge einer Anfrage des Hauptverbandes deutscher Ortskrankenkassen Ausführungen im gleichen Sinne vom Reichsversicherungsamt und vom Reichsarbeitsminister vor. Es schreiben:

1. Das Reichsversicherungsamt: § 195a Abs. 2 RVO. schreibt in Übereinstimmung mit dem früheren § 195 RVO. vor, daß neben Wochengeld Krankengeld nicht gewährt wird. Diesen Satz wird man dem Zweck der Vorschrift entsprechend, Doppelzahlungen zu vermeiden, auch in der Umkehrung gelten lassen und deshalb annehmen müssen, daß neben dem für die Zeit vor der Niederkunft gewährten Krankengeld nicht auch das Wochengeld zu zahlen ist (zu vgl. ArbVers. 1918 S. 118 Ziff. 5). Von dem Wochengeld für zehn Wochen entfallen nach dem Gesetz vom 30. April 1920 (RGBl. S. 853) vier Wochen in die Zeit vor der Niederkunft. Hierunter werden dem natürlichen Sprachgebrauch entsprechend die vier Wochen unmittelbar vor der Geburt zu verstehen sein (zu vgl. Krause, Komm. zum Wochenhilfegesetz vom 22. Mai 1920 S. 40). War demnach eine Wöchnerin während dieser Zeit arbeitsunfähig krank und bezog sie Krankengeld, so kann sie, wie das Reichsversicherungsamt vorbehaltlich einer Entscheidung im Instanzenzuge annimmt, daneben nicht auch Zahlung des Wochengeldes beanspruchen. Diese Ansicht wird von den übrigen Hauptkassenverbänden und in der Literatur überwiegend geteilt (zu vgl. insbesondere Hoffmann, ArbVers. 1920 S. 281 ff. und Erläuterungen zum Gesetz über Wochenhilfe und Wochenfürsorge, 3 Aufl., Berlin 1920 S. 18 und 22, Krause a. a. O. S. 31 und 32, 3. Aufl., Berlin 1920 S. 18 und 22, Krause a. a. O. S. 31 und 32, ArbVers. 1920 S. 519 Ziff. 8). Die entgegenstehende Ansicht von Jaeger, die Wochenhilfe, Kommentar, München 1920 (vgl. daselbst S. 30 und 31), daß in derartigen Fällen das Wochengeld für „zehn" Wochen nach der Niederkunft zu zahlen sei, findet in dem Gesetz keine Stütze. Aus der neuen Vorschrift des § 195 Abs. 1 Nr. 2 Satz 2 RVO., wonach das Wochengeld für die ersten vier Wochen mit dem Tag der Entbindung fällig ist, läßt sich Gegenteiliges nicht herleiten. Denn diese Vorschrift setzt offenbar das Bestehen eines gültigen Wochengeldanspruches für die vier Wochen unmittelbar vor der Entbindung voraus, bezieht sich also nicht auf den Ausnahmefall des Zusammentreffens von Krankengeld und Wochengeld in dieser Zeit. In dem gedachten Falle ist auch für eine Verschiebung des Wochengeldbezuges auf die Zeit nach der Entbindung kein Raum, nachdem im Gesetz vom 30. April 1920 entgegen der Regierungsvorlage die Zeiten des Wochengeldbezuges auf die vier Wochen vor und sechs Wochen nach der Entbindung festgelegt worden sind. Dadurch ist bedauerlicherweise einer für die Wöchnerinnen günstigen Rechtsübung, die im Anschluß an die Entsch. 1920, Amtl. Nachr. des RVA. 1915 S. 429, sich entwickelt hatte, der Boden entzogen worden. Es dürfte zu erwägen sein, ob diesem Umstand nicht bei der bevorstehenden Änderung des Wochenhilfegesetzes Rechnung getragen werden sollte. Der einfachste Weg hierzu würde sein, die hier in Betracht kommenden gesetzlichen Vorschriften in ihrer ursprünglichen Fassung (vgl. das Gesetz vom 26. September 1919) wiederherzustellen.

2. Der Reichsarbeitsminister: Das Reichsversicherungsamt hat vorher die übrigen Kassenhauptverbände gehört, die sich gleichfalls für die Unzulässigkeit der Doppelleistung ausgesprochen haben. Meinerseits trete ich der Ausführung des Reichsversicherungsamts bei. Die jetzige Fassung des § 195a Abs. 1 Nr. 2 kann als eine Verbesserung der früheren Fassung nicht angesehen werden. Einmal geht danach der Wöchnerin das Wochengeld für vier Wochen verloren, wenn sie für die vier Wochen vor der Entbindung Krankengeld bezogen hat. Sodann aber soll ein Wochengeld, worauf schon der Name hindeutet, der Wöchnerin eine Nothilfe für die Wochen selbst sein, für welche es gezahlt wird. Muß die Wöchnerin trotz einer vielleicht bestehenden Notlage auf die Zahlung des Wochengeldes bis zum Tage der Niederkunft warten, so trifft diese Leistung ihren eigentlichen Zweck nicht. Der neuen Fassung lag der Gedanke zugrunde, es solle der Wöchnerin zur Zeit der Entbindung ein bestimmter Geldbetrag in die Hand gegeben werden. Diesem Zweck aber dient der bei der Entbindung zu zahlende Pauschbetrag. Im Ergebnis läuft die neue Fassung nur auf eine Erhöhung dieses Pauschbetrages unter Wegfall eines gleichen Betrages an eigentlichem Wochengeld hinaus.

Versorgungs-Hausgeld und -Krankengeld.

Im Heft 9 Ihrer geschätzten Zeitschrift geben Sie nach Mühlheim (S. 178 Nr. 8) und nach Stargard (S. 177 Nr. 3b) Auskünfte, die meines Erachtens einer Richtigstellung bedürfen. Vielleicht interessieren die nachstehenden Ausführungen zu beiden Fragen:

1. Es ist zu unterscheiden zwischen Versorgungshausgeld § 13 RVG. und Krankenkassenhausgeld nach der RVO. Auf das Versorgungshausgeld haben alle Beschädigten mit Rechtsanspruch auf Heilfürsorge (vgl. § 4 Abs. 1 RVG.) im Falle einer Heilanstaltspflege Anspruch. Dieses Versorgungshausgeld beträgt zwei Drittel der vollen Rente, im Mühlheimer Fall also richtig 34,03 ℳ für die Zeit bis 31. 12. 20 (seitdem 36,75 ℳ tägl.). Versorgungshausgeld ist nach § 13 nur zu zahlen im Falle einer Einkommensminderung, bejahendenfalls höchstens in Höhe derselben und endlich unter Einbeziehung der Rente, die dem Beschädigten zuerkannt ist. Ferner sind im Gegensatz zu den Bestimmungen über das Krankengeld (vgl. Ausführungsbestimmungen zu § 13 Nr. 3) auch die Bezüge aus der Krankenversicherung auf das Versorgungshausgeld anzurechnen. Daraus folgt, daß auf das Versorgungshausgeld auch versicherte Dienstbeschädigte „mit Rechtsanspruch auf Heilfürsorge" Anspruch haben, sofern die angedeuteten Voraussetzungen erfüllt sind. Nicht aber hat die Krankenkasse das höhere Versicherungshausgeld aus eigenen Mitteln zu zahlen. Im Leitfaden, der für die Versorgungsbehörden vom Reichsarbeitsministerium herausgegeben wurde, ist denn auch auf Seite 20 IIa folgendes ausgeführt:

„Haben Beschädigte, die Krankenkassenmitglieder sind, und von der Krankenkasse in Heil-

Digitized by Google

anstaltspflege überwiesen werden, auf Grund der RVO. oder Kassensatzung der Kasse gegenüber einen Anspruch auf das satzungsmäßige Krankenkassenhausgeld, so wird dieses von der Krankenkasse auf ihre Rechnung gewährt, d. h. die Kasse zahlt in Wirklichkeit das nach dem Reichsversorgungsgesetz zustehende höhere Versicherungshausgeld, darf aber dem Reiche nur den Unterschied zwischen dem Versorgungshausgeld und dem Krankenkassenhausgeld in Rechnung stellen." (Vgl. auch Ausführungen in der Broschüre „Die Aufgaben der Krankenkassen und Ärzte nach dem Reichsversorgungsgesetz" von Julius Cohn und Ernst Rieger auf Seite 40, Buchverlag SW. 19, Beuthstr. 6.)

Im Falle der Mühlheimer Kasse wären also nicht nur drei Viertel des Krankengeldes als Ersatz für Kurkosten und Kassenhausgeld zu erstatten, sondern auch die Differenz zwischen dem satzungsmäßigen Hausgeld und dem Betrage von 34,03 ℳ bzw. 36,75 ℳ.

2. Allerdings ist es richtig, daß im Falle des Stargarder Lehrers, der nach seiner Entlassung aus dem Heeresdienst stellungslos und zunächst nicht erwerbsunfähig krank war, eine Einkommensminderung nicht nachweisbar ist, und deshalb Versorgungskrankengeld nicht zuständig wäre. Doch wird zu prüfen sein, ob und in welchem Grade die Stellungslosigkeit vom herabgesetzten Gesundheitszustand oder von Erholungsbedürftigkeit usw. bedingt war. Nötigenfalls wäre zu prüfen, ob der Lehrer Erwerbslosenunterstützung bezogen hatte, deren Fortfall gleichfalls als „Einkommensminderung" anzusehen ist. Eine weitherzige Auslegung der bezüglichen Bestimmungen des § 12 wird vielleicht trotzdem zu dem Resultat führen, daß ihm das Einkommen eines Lehrers der Gegenwart in der Voraussetzung zugute gerechnet wird, daß er möglicherweise Stellung und Verdienst hätte haben können, wenn nicht Dienstbeschädigung bzw. Erkrankung dazwischen getreten wäre. Der erwähnte Leitfaden des Reichsversorgungsamts steht im Einvernehmen mit den Vertretern der Kassenverbände auf Seite 16 vor, daß unter gewissen Voraussetzungen ein Einkommen von 7000 ℳ für die Berechnung des Grundlohnes herangezogen wird und daß mithin 7,50 ℳ Krankengeld zuständig wären. Die Krankenkassen tun in solchen Zweifelsfällen jedenfalls gut, die Festsetzung des Krankengeldes dem Versorgungsamt zu überlassen, welches mehr freie Hand hat, eine dem Beschädigten günstigere Auslegung des Begriffs „Einkommensminderung" anzuwenden. Außerdem haben die amtlichen Fürsorgestellen freie Hand, auf Antrag helfend einzugreifen.

Ernst Rieger, Abteilungs-Vorsteher der AOK. in Berlin.

Die Krankenversicherungspflicht der Handlungslehrlinge und Lehrlinge in Apotheken.

In der Verordnung über Ausdehnung der Versicherungspflicht und Versicherungsberechtigung in der Krankenversicherung vom 22. 11. 18 (ArbVers. S. 694) werden, entgegen der früheren Fassung der Ziff. 3 des § 165 RVO. nur Handlungsgehilfen und Gehilfen in Apotheken aufgeführt. Nach der Ansicht von Dr. Brunn (Monatsschrift für Arb.- und AngestVers. Heft 1 Jahrg. 1921) sind demzufolge Handlungslehrlinge und Lehrlinge in Apotheken nicht mehr krankenversicherungspflichtig, wenn ihr Jahresarbeitsverdienst 2500 ℳ übersteigt. Dr. Brunn stützt sich hierbei auf die Ausführungen Spielhagens in Heft 1 des Jahrg. 1920 der erwähnten Monatsschrift, die dahin gehen, daß die Einbeziehung der Handlungslehrlinge und Lehrlinge in Apotheken in die Verordnung vom 22. 11. 18 deshalb unterblieben sei, weil mit einem Jahresverdienste von mehr als 2500 ℳ bei dieser Personengruppe nicht gerechnet worden sei.

Diesen Auffassungen kann nicht beigetreten werden. Es scheint vielmehr, daß der Gesetzgeber durch seine Verordnung die Sonderstellung der Handlungslehrlinge und Lehrlinge in Apotheken beseitigen und diese Lehrlinge den Lehrlingen der Ziff. 1 des § 165 a. a. O. angliedern wollte. Denn keineswegs sollten doch die Handlungslehrlinge und Lehrlinge in Apotheken schlechter gestellt werden, als die weit besser bezahlten Handlungs- und Apothekergehilfen.

Diese Auffassung wird auch, gewollt oder ungewollt, von Krankenkassen geteilt, denn nach deren Satzungsänderungen werden bei der Aufführung der versicherungspflichtigen Personen Handlungslehrlinge und Lehrlinge in Apotheken nicht besonders erwähnt.

W. Voigtberger, Beamter der OKK. Leipzig-Land.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Für Erhöhung der Wochenhilfe und Ausgestaltung der Familienhilfe

tritt eine Eingabe der Arbeitsgemeinschaft Württembergischer Krankenkassenverbände ein.

Hinsichtlich der Wochenhilfeleistungen wird folgende Erhöhung der Mindestsätze vorgeschlagen:

a) des Wochengeldes von 1,50 ℳ auf 4 ℳ,
b) des Stillgeldes von 75 Pf. auf 2 ℳ,
c) des Entbindungskostenbeitrages von 50 ℳ auf 100 ℳ,
d) des Höchstbetrags der Beihilfe für Hebammendienst und ärztliche Behandlung während der Schwangerschaft von 25 ℳ auf 50 ℳ.

Mit der Erhöhung der Mindestsätze für die Familienwochenhilfe wären auch die beantragten Sätze als Mindestsätze der Wochenhilfe der Kassenmitglieder festzusetzen.

Die Leitung der Arbeitsgemeinschaft der Württembergischen Krankenkassenverbände ist ebenfalls der Anschauung, daß innerhalb der Familienhilfe die ärztliche Behandlung, kleinere Heilmittel, wie Brillen, Bruchbänder u. dgl. (jedoch nur diese), das Sterbegeld im Betrage von ⅔ des Sterbegeldes der Versicherten für die Ehefrau und von ½ des Versichertensterbegeldes für die Kinder und als Ersatzleistung für ärztliche Behandlung ein Zuschuß zur Krankenhausverpflegung der Familienangehörigen

Digitized by Google

im Betrage von täglich 7 ℳ als Pflichtleistung gesetzlich einzuführen ist. Außerdem wird vorgeschlagen, zu bestimmen, daß die als Mehrleistungen für die Kassenmitglieder satzungsgemäß festgesetzten Zuschüsse für größere Heilmittel und für Hilfsmittel ohne weiteres auch für die Familienangehörigen Gültigkeit haben.

In die Familienhilfe als Regelleistung wird gebeten, die Arzneien nicht einzuschließen, da auf Grund der Erfahrungen hierfür nicht eingetreten werden könne. Die Krankenkassen haben kein Interesse daran, daß der Arzneimittelhunger der Bevölkerung noch mehr gefördert wird. Es würden auch durch die Arzneimittel als Regelleistung der Familienhilfe den Krankenkassen einschneidende Kosten erwachsen; bei der überaus häufig lediglich nur suggestiven Wirkung der Arzneimittel ist eine Übernahme auf die Kassen lange nicht in dem Maße gerechtfertigt, wie die der ärztlichen Behandlung oder die der Heilmittel. Die Krankenkassen haben, unterstützt von den tüchtigsten Ärzten, ein Interesse daran, daß insbesondere bei den Kindern nicht von bewährten, insbesondere den Hausmitteln, abgegangen wird, um schließlich zu allopathischen, für die Kinder in außerordentlich häufigen Fällen nur schädlichen Mitteln überzugehen. Der gesetzlichen Übernahme der Arzneien könnte höchstenfalls nur dann das Wort geredet werden, wenn die Kassenmitglieder zur teilweisen Übernahme derselben herangezogen werden, obwohl diese gesetzliche Übernahme gegen unsere Erfahrungen und gegen unsere Überzeugung wäre.

Zum Entwurf des Reichsknappschaftsgesetzes, über den wir im Heft 8 S. 154 berichtet haben, äußert sich in der „Sozialen Praxis" (Nr. 12 Sp. 305) Dr. Wilh. Röpke (Marburg) wie folgt:

Es besteht begründete Hoffnung, daß die knappschaftliche Versicherung als der Teil der Sozialversicherung, der als allerältester am ehesten Anspruch auf reichsgesetzliche Regelung machen durfte, nunmehr endlich reichsrechtlicher Normierung unterzogen wird. Nicht nur in den Kreisen der Bergarbeiterschaft, die von jeher die nun vor der Verwirklichung stehende Forderung erhoben hatte, wird das Bewußtsein vorherrschen, daß damit — neben der Wiederherstellung der historischen Folgerichtigkeit — einem bedenklichen Mangel im Aufbau unserer Sozialversicherung abgeholfen wird. Denn die beispiellose Zersplitterung des Knappschaftswesens — in Deutschland bestanden 1913 im ganzen 111 Knappschaftsvereine (darunter 11 Vereine mit weniger als 100 Mitgliedern) mit ebensoviel verschiedenen Statuten und Leistungen! — zeitigte Mißstände, die sich je länger je mehr als unerträglich erwiesen und auch die während des Krieges erfolgten Reformen und Vereinbarungen nicht völlig beseitigen ließen. Unter diesen Vereinbarungen ist vor allem der sog. Wartburgvertrag der Generalversammlung des Allgemeinen Deutschen Knappschaftsvereins vom 1. September 1917 zu nennen, der Altersbeschränkungen beim Übertritt in andere Vereine beseitigte und die Wartefrist für die Leistungen der Pensionskassen auf 150 Wochen festsetzte.

Damit waren allerdings die Forderungen der Bergarbeiterschaft bei weitem nicht in ihrem vollen Umfange erfüllt. Diese gipfelten darin, die Auszahlung der Invalidenpension nicht mehr abhängen zu lassen von der Feststellung einer individuellen Berufsunfähigkeit, sondern sie darüber hinaus bereits zu binden an die Zurücklegung einer fünfundzwanzigjährigen Dienstzeit. Da nach einer Statistik für 1914 das durchschnittliche Lebensalter der in Zugang gekommenen Invaliden 47,2 Jahre bei einem durchschnittlichen Dienstalter von 11,5 Jahren betrug, so ist die grundsätzliche Berechtigung dieser Forderung zwar nicht zu leugnen. Der Widerstand aber, den sie fand, ist doch zum Teil aus der Erwägung zu erklären, daß hier zwischen Unfallinvalidität und allgemeiner Berufsinvalidität streng zu scheiden ist, wobei die hohe Zahl der Unfälle im Bergbau — im Jahre 1914 kamen auf 1000 Versicherte im Steinkohlenbergbau 16,20 Verletzte und Getötete — den durchschnittlichen Zeitpunkt der „Bergfertigkeit" herabdrückt. Es ist auch kaum anzunehmen, daß das kommende Reichsknappschaftsgesetz diesem Wunsche der Bergarbeiterschaft angesichts der Gefahr einer Überlastung der Knappschaftskassen Rechnung trägt.

Unter den Einzelheiten des Entwurfs ist als neuartig die Organisation des Knappschaftswesens hervorzuheben. Versicherungsträger ist unter Aufsicht des Reichsarbeitsministers der Reichsknappschaftsverein, der sämtliche knappschaftspflichtigen Betriebe umfaßt und sich in die Bezirksknappschaftsvereine gliedert. Er würde den jetzigen Rückversicherungsverband überflüssig machen, dessen Funktion, die Risikoausgleichung und Sicherstellung des dauernden Bezuges einmal bewilligter Renten, auf ihn übergeht. An seine Seite tritt der Reichsknappschaftsrat, der, nach näherer Bestimmung der Satzung des Reichsknappschaftsvereins, die Aufgabe hat, die Knappschaftsorgane zu beraten, Richtlinien für die Durchführung der Versicherung aufzustellen und in allen Angelegenheiten Gutachten zu erstatten. Die Krankenversicherung wird den Bezirksknappschaftsvereinen und den für ein oder mehrere Werke bestehenden Krankenkassen unter Verzicht auf eine einheitliche Reichskrankenkasse übertragen. Dabei unterliegen jedoch die Satzungen der Bezirkskrankenkassen der Genehmigung des Reichsknappschaftsvereins, so daß die Gewähr für einheitliche Richtlinien gegeben ist.

Was die Zusammensetzung der einzelnen Knappschaftsorgane angeht, so ist dringend zu wünschen, daß die Parität nicht nur zwischen Werksbesitzern und Versicherten, sondern auch innerhalb der Versicherten zwischen Arbeitern und Angestellten gewissenhaft beobachtet wird. Es ist anzunehmen, daß in der endgültigen Fassung des Entwurfs dieser Grundsatz insbesondere hinsichtlich des Rechtes der Angestellten, selbständig Knappschaftsälteste für die Bezirksknappschaftsvereine zu wählen, noch schärfer zum Ausdruck gebracht wird. Außerdem ist zu fordern, daß die Verhältniswahl, die für die Reichssozialversicherung gemäß § 15 RVO. grundsätzlich gilt, auch bei der Wahl der Knappschaftsältesten durchgeführt wird, um auch den Minderheiten der Bergarbeiterschaft, insbesondere den christlichen und Hirsch-Dunckerschen Verbänden, Sitz und Stimme zu sichern.

Der Umfang der Versicherung bestimmt sich nach dem I. Abschnitt des Entwurfs dahin, daß die auf Bergwerken und sonstigen knappschaftlichen Werken, sowie die im Dienste der Knappschaftsorgane beschäftigten Arbeitnehmer — d. h. Arbeiter und Angestellte im Sinne des Angestelltenversicherungsgesetzes — der knappschaftlichen Versicherung unterliegen. Es wäre bedauerlich, wenn im Gesetz dabei nicht die historischen Rechte der Hüttenarbeiter gewahrt würden, soweit sie heute noch Knappschaftsmitglieder sind.

Der Gegenstand der Versicherung wird im II. Abschnitt in gleicher Weise wie im preußischen

Digitized by Google

Knappschaftsgesetz vom 17. Juni 1912 festgelegt. Er umfaßt die knappschaftlichen Pensionskassen sowie die Leistungen der reichsgesetzlichen Arbeiter- und Angestelltenversicherung mit Ausnahme der Unfallversicherung, die der Knappschaftsgenossenschaft verbleibt.

Sowohl die Regelung der Krankenversicherung, die den Wunsch nach freier Arztwahl nicht erfüllt, wie der Pensionsversicherung schafft kein neues Recht. Es steht auch nicht zu erwarten, daß trotz entgegenstehender Bedenken (vgl. Kölnische Volkszeitung vom 22. Februar 1921) in der endgültigen Fassung von dem Grundsatz abgegangen wird, daß der Nachweis der Erfüllung der gesundheitlichen Bedingungen seitens des Versicherten zur Voraussetzung der Pensionszahlung gemacht wird.

Auch die im § 52 ausgesprochene Kompensationsmöglichkeit zwischen Ansprüchen an die knappschaftliche oder sonstige gesetzliche Krankenkasse und solchen an die Pensionskasse wird, obwohl kein Novum in der Sozialversicherung, heftig angefochten, da der Arbeiter zu beiden Kassen Beiträge zahlt. Den Bedenken, die gegen diese Kompensation beider Ansprüche, die dem Arbeiter nur den Höchstbetrag des einen oder anderen Anspruchs sichert, zu erheben sind, kann eine gewisse Berechtigung kaum abgesprochen werden. Ob ihre Geltendmachung aber zu einer Abänderung des Entwurfes führt, erscheint überaus fraglich.

Im ganzen muß, trotz der Erkenntnis gewisser, aber nicht einschneidender Mängel, die Gründlichkeit der Arbeit, die, gestützt auf jahrhundertelange Erfahrung im Knappschaftswesen, dem Entwurf gewidmet wurde, gebührend anerkannt werden. Wenn wir daher in Bälde ein einheitliches Knappschaftsrecht erhalten, so ist es zu begrüßen als ein nicht zu unterschätzender Fortschritt im folgerichtigen Aufbau unserer gesamten Sozialpolitik, zugleich aber auch als ein wesentlicher Schritt zur Schaffung eines einheitlichen Reichsbergrechts.

Bäder und Kurorte für Minderbemittelte.

Auf Grund einer Anregung der preußischen Landesversammlung sollen die staatlichen, aber auch die in Gemeinde- und Privatbesitz befindlichen Bäder und Kurorte in Preußen den Sozialversicherten und der minderbemittelten Bevölkerung einschließlich des Mittelstandes dienstbar gemacht werden. Die meisten preußischen Kurorte haben bereits die Kosten für Kurmittel, Arzt und Kurtaxe für Minderbemittelte bedeutend ermäßigt. Um die Frage weiter praktisch zu fördern, hat im Wohlfahrtsministerium eine Verhandlung mit den Vertretern der in erster Reihe beteiligten Kreise stattgefunden. An der Besprechung nahmen teil: die großen deutschen Verbände der Krankenkassen, der Berufsgenossenschaften und der Versicherungsanstalten der deutschen Gewerkschaften, endlich der Verband der preußischen Provinzialverwaltungen und die für die staatlichen Bäder zuständigen preußischen Ministerien. Es herrschte Einmütigkeit darüber, daß die Verbände allseitig geneigt seien, soweit es in ihren Kräften steht, den Gedanken der sozialhygienischen Beanspruchung der Kur- und Badeorte in Preußen zu fördern. Allerdings wurde betont, daß bei der augenblicklichen Notlage die einzelnen Verbände nicht imstande seien, selbst und allein neue Einrichtungen (Anstalten oder Heime) in den Kur- und Badeorten zu errichten, daß sie sich aber gern an einer Arbeitsgemeinschaft auf diesem Gebiet beteiligen würden. Hierzu sei es erforderlich, eine Fürsorgeorganisation für den einzelnen in Betracht kommenden Kur- und Badeort zu schaffen, der die beteiligten Verbände angeschlossen sind und die als Kostenträger den Betrieb übernimmt. Wo fiskalisches Gelände in den Kur- und Badeorten vorhanden ist, sei zu erwägen, den zu bildenden Kostenträgern jener Anstalten und Fürsorgeeinrichtungen den Grund und Boden kostenlos oder gegen eine geringe Anerkennungsgebühr zu überlassen. Ebenso käme in Frage, mit dem Reichsschatzministerium wegen der Überlassung von bisher militärischen Gebäuden bei Truppenübungsplätzen, Flugplätzen usw. in der Nähe von Kur- und Badeorten in Verhandlung zu treten. In Verfolg dieser Besprechung hat jetzt der Wohlfahrtsminister den Oberpräsidenten empfohlen, die Vorbereitung und Durchführung der Angelegenheit für jede Provinz besonders oder auch je nach der Eigenart der Kurorte für mehrere Provinzen gemeinsam in Angriff zu nehmen. Die Behörden sollen feststellen, welche Kur- und Badeorte der Provinz sich für die Schaffung von Einrichtungen zur Behandlung der Kurbedürftigen aus den Kreisen der Sozialversicherten und des Mittelstandes ihren Heilfaktoren und örtlichen Verhältnissen nach besonders eignen. Mit den für die Provinz in Betracht kommenden Trägern der Reichsversicherung, den Gewerkschaften und sonstigen Verbänden sowie mit den Gemeindeverbänden soll in eine Beratung der in Angriff zu nehmenden Maßnahmen für die als geeignet erklärten Kur- und Badeorte eingetreten werden.

Ein Entwurf zur Abänderung des Angestelltenversicherungsgesetzes

wurde vom Direktorium der Reichsversicherungsanstalt ausgearbeitet und den beteiligten Verbänden zugänglich gemacht, die sich zum Teil sehr stark mit den Mißständen der Angestelltenversicherung befassen. Die Vorschläge des Direktoriums dürften allerdings große Kreise der Angestellten, die die beste Lösung in der Vereinigung der Arbeiter- und Angestelltenversicherung sehen, wenig befriedigen und werden von ihnen nur als Flickwerk angesehen werden. Vorgeschlagen wird vom Direktorium:

1. Der Bemessung des Ruhegeldes und der Hinterbliebenenrenten soll ein für alle Gehaltsklassen gleicher Grundbetrag zugrunde gelegt und diesem Betrage für jeden entrichteten Monatsbeitrag ein nach der Höhe der Beiträge verschieden hoher Steigerungssatz hinzugerechnet werden. Für das Ruhegeld ist ein Grundbetrag von jährlich 360 ℳ vorgesehen. Entsprechend der Erhöhung der Ruhegeldbezüge erhöhen sich auch die Witwen- und Waisenrenten.

2. Für die Waisenbezüge soll neben der sich aus den neuen Sätzen für die Ruhegelder ergebenden Aufbesserung eine weitere Erhöhung insofern vorgenommen werden, als künftig als Halbwaisenrenten anstatt eines Fünftels der Witwenrente zwei Fünftel und als Doppelwaisenrenten anstatt eines Drittels zwei Drittel der Witwenrente gewährt werden sollen.

3. Ferner ist eine erhebliche Erhöhung der für Heilverfahrenszwecke benötigten Mittel vorgesehen.

4. Für das Ruhegeld weiblicher Versicherter soll ein Grundbetrag von 360 ℳ zugrunde gelegt werden. Außerdem sollen die Steigerungssätze nicht nur der ersten 60 Beitragsmonate, sondern sämtlicher Beiträge in Ansatz kommen, die bis zum Eintritt der Berufsunfähigkeit entrichtet worden sind. Durch diese Regelung wird einer von den Angestelltenverbänden aufgestellten Forderung entsprochen.

Digitized by Google

5. Vom Inkrafttreten des Gesetzes ab sollen auch den bereits Bezugsberechtigten die Grundbeträge als Zuschuß zu den für sie festgesetzten Ruhegeldern und Hinterbliebenenbezügen gewährt werden.

6. Der Anspruch auf Erstattung von Beiträgen für den Fall, daß der Versicherungsfall eintritt, ohne daß ein Anspruch auf Leistungen geltend gemacht werden kann — § 398 des Versicherungsgesetzes für Angestellte — soll auch den Eltern und Großeltern gewährt werden. — Die „Soziale Praxis" (v. 30. 3. 21) bemerkt hierzu: Leider fehlt in den Vorschlägen die Abstellung der Härten bei Verfall der Versicherung, die gerade bei der Angestelltenversicherung besonders groß sind. Hier bietet die Invalidenversicherung in ihrer neuesten Fassung ein sehr gutes Vorbild.

Beantwortung von Anfragen.

Rechtsauskünfte aus unserem Arbeitsgebiet erteilen wir den Beziehern unserer Zeitschrift bereitwillig, ohne indessen eine Verpflichtung oder eine zivilrechtliche Haftung zu übernehmen. Für schriftliche Auskunft wird Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten, und zwar auch dann, wenn nur Bescheid durch die Zeitschrift erbeten, die Sache aber zur Veröffentlichung an dieser Stelle nach unserem Ermessen nicht geeignet ist.

Verabfolgung von Arzneien, die nicht dem freien Handel überlassen sind, durch Krankenkassen?

1. **Nach Merseburg.** Antwort: Wenn die in unserer Auskunft im Heft 9 Ziff. 5 erwähnten Tabletten (unter der Bezeichnung acidi acetylo salic.) zu den Arzneien gehören, die nur in Apotheken feilgehalten oder verkauft werden dürfen, so entsteht allerdings die Frage, ob die Krankenkasse sich nicht durch die unmittelbare Abgabe an Versicherte strafbar macht nach § 367 Ziff. 3 StrGesB. Diese Frage ist sehr bestritten (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 5d). Wir neigen mit Hahn zur Annahme der Strafbarkeit, weil § 367 Ziff. 3 nicht nur das Feilhalten oder Verkaufen, sondern auch das sonstige Überlassen an andere mit Strafe bedroht, und weil ein solches Überlassen doch wohl auch dann vorliegt, wenn die Kasse das Heilmittel einem ihrer Mitglieder verabfolgt (zu vgl. Oberlandesger. Dresden in ArbVers. 1908 S. 143; dagegen Oberlandesger. Köln daselbst 1907 S. 553). Aber es hat doch wohl auch manches für sich, zu sagen, daß die Kasse das Mittel nur für ihre Versicherten bezieht, und daß die Abgabe an die Versicherten nur die bestimmungsmäßige Verwendung, nur der Verbrauch des Mittels ist und deshalb nicht unter die Strafbestimmung fällt. Sonst würde auch der Haushaltungsvorstand, der einer in seinem Hausstand aufgenommenen Person — einem Kinde oder Dienstboten — eine Tablette verabreicht, der Strafe verfallen!

Ersatzanspruch der Krankenkasse gegen den Armenverband?

2. **Nach Berlin.** Frage: Das Mitglied unserer Kasse, Fräulein W., wohnhaft in Berlin, ist von uns als Rekonvaleszent am 6. 2. 1920 nach einer Rippenfellentzündung in unser Erholungsheim eingewiesen worden. Dort erkrankte sie derartig, daß an eine Rückbeförderung nach Berlin nicht gedacht werden und Frl. W. das Heim nach ärztlichem Gutachten erst am 25. 5. 1920 verlassen konnte. Die Leistungspflicht unserer Kasse (26 Wochen) war am 26. 3. 20 abgelaufen; ihr sind für den Unterhalt der Kranken vom 27. 3. bis 25. 5. 20 noch 1037,50 ℳ Kosten entstanden. Da die Kranke alleinstehend und mittellos ist, wandte sich die Kasse an die Armendirektion Berlin, die auf den entsprechenden Antrag mitteilte, daß sie nur ausnahmsweise die tarifmäßigen Kosten erstatte und sie 207 ℳ zur Auszahlung angewiesen habe. Da dieser Betrag in augenfälligem Mißverhältnis zu den tatsächlich aufgewendeten Kosten steht, bitten wir um Auskunft, inwieweit die Armendirektion in diesem Falle zur Erstattung verpflichtet ist?

Antwort: Da die Leistungspflicht der Kasse am 26. 3. 20 abgelaufen war, so mag es sein, daß die Kasse der Versicherten gegenüber keine Rechtspflicht hatte, die Kosten des Unterhalts für die Versicherte über den 26. 3. 20 hinaus selbst zu tragen. Da die Kasse aber diese Kosten tatsächlich bestritten hat, war die Versicherte nicht hilfsbedürftig im armenrechtlichen Sinne, so daß der Armenverband nicht in Lage kam, für sie eintreten zu müssen. Deshalb kann die Krankenkasse auch einen Ersatzanspruch aus §§ 1531 ff. RVO., der vor allem armenrechtliche Hilfsbedürftigkeit voraussetzt, nicht erheben. Fälle ähnlicher Art sind schon wiederholt in der ArbVers. erörtert worden. Zu vgl. 1918 S. 119 Ziff. 8a und die dort angeführten Stellen; auch MonSchr. f. Arb. u. Angest. Vers. 1918 Sp. 158, 159.

Anrechnung des Krankengeldes auf das Gehalt bei freiwilliger Versicherung?

3. **Nach Düsseldorf.** Antwort: Wir stimmen Ihrer Ansicht, daß im Falle freiwilliger Versicherung das Krankengeld nicht auf das nach § 616 BGB. fortzugewährende Gehalt angerechnet werden darf, grundsätzlich zu (zu vgl. Hahn, Handb. d. KrVers. Anm. 6f zu § 182 RVO.). Nur wenn der Arbeitgeber abredegemäß die vollen Beiträge für die freiwillige Versicherung des Angestellten trägt, wird er auch zur Anrechnung des Krankengeldes auf das Gehalt für befugt zu erachten sein (ArbVers. 1911 S. 584).

Anspruch der freiwillig beigetretenen Mitglieder auf Familienhilfe.

4. **Nach Kiel.** Antwort: Auch ein freiwillig Beigetretener ist ein Versicherter im Sinne des § 205b RVO., hat also, wie jedes andere Mitglied, Anspruch auf die satzungsmäßige Familienhilfe, wenn nicht die Satzung diese Mehrleistung für freiwillig Beigetretene ausschließt, was nach § 215 RVO. zulässig und durch § 6 Ihrer Satzung (zu vgl. § 15 der Mustersatzung) geschehen ist. Danach gewährt Ihre Kasse den freiwillig Beigetretenen nur Krankenpflege und Krankenhauspflege ohne Hausgeld oder deren Ersatz ohne Krankengeld — also keinerlei Mehr-

Digitized by Google

leistung, also auch nicht Familienhilfe. Es kann nicht etwa aus der Fassung des Abs. 1 des § 215 RVO. gefolgert werden, daß „nur" die Regelleistungen beschränkt werden dürfen. Vielmehr ist der Sinn des § 215 der, daß für freiwillig Beitretende „sogar" die Regelleistungen beschränkt, um so mehr also die Mehrleistungen satzungsmäßig ausgeschlossen oder beschränkt werden können.

Zur Auslegung des § 397 Abs. 1 RVO.

5. **Nach Königsberg Nm.** Frage: Eine Arbeiterin wurde von einem Landwirt mit versicherungspflichtigen Arbeiten beschäftigt vom 1. 10. 19 bis 10. 12. 19, vom 12. 1. 20 bis 16. 1. 20 und vom 9. 2. 20 bis 13. 2. 20, also in drei voneinander ganz getrennten Beschäftigungsverhältnissen. Zur An- und Abmeldung wurde die Arbeiterin erst gebracht nach Aufforderung durch die Kasse, und zwar am 3. Dezember 1920. Von den Beschäftigungsverhältnissen und auch von der Lösung derselben hat die Kasse Kenntnis erhalten am 21. 9. 20. Wie sind in diesem Falle die Beiträge nach § 397 Abs. 1 RVO. zu berechnen?

Antwort: Die Beiträge sind nach § 397 Abs. 1 RVO. bis zur vorschriftsmäßigen Abmeldung fortzuzahlen, wenngleich eine Anmeldung nicht erfolgt war. Die Fortzahlungspflicht entfiel aber schon vorher, nämlich am 21. 9. 20, wenn die damals von der Kasse erlangte Kenntnis der Beschäftigungsverhältnisse und ihrer Lösung die Kasse in den Stand setzte, ihre Register zu berichtigen. Waren die Beiträge für die drei Zeitabschnitte verschieden zu bemessen, so wurde mit dem Eintritt des neuen Beschäftigungsverhältnisses die Fortzahlungspflicht aus § 397 Abs. 1 durch die regelmäßige Beitragspflicht verdrängt (zu vgl. ArbVers. 1911 S. 167 Ziff. 1), und es war dann der neu zu bemessende Beitrag bis zur Erledigung des Interesses der Kasse an der förmlichen Abmeldung zu zahlen und fortzuzahlen.

Übernahme der Kosten einer vom Geschäftsführer angestrengten Beleidigungsklage durch die Kasse.

6. **Nach L.** Antwort: Im allgemeinen kann es nicht zu den Aufgaben der Krankenkasse gehören, Prozeßkosten, die einem Angestellten in einer Privatangelegenheit entstanden sind, zu übernehmen. Eine Ausnahme wird man allenfalls dann machen dürfen, wenn den Anlaß zu einem solchen Prozeß das dienstliche Verhalten des Angestellten gegeben hat und der Prozeß zugleich dem Interesse der Kasse, z. B. durch Aufklärung des Sachverhalts, dienen kann. Der geschilderte Fall scheint aber anders zu liegen. Die Sachdarstellung legt die Vermutung nahe, daß der Geschäftsführer durch unzweckmäßige Maßnahmen der Kasse unnötige Ausgaben verursacht hat. Es ist jedenfalls nicht ersichtlich, aus welchem Grunde der Versicherte zwei Nichtkassenärzten überwiesen wurde, obwohl für die gleiche Behandlung ein Kassenarzt zur Verfügung stand. Dr. M. handelte unter diesen Umständen in Wahrnehmung berechtigter Interessen, indem er der Kasse auseinandersetzte, daß nach seiner Ansicht der Geschäftsführer die Mittel der Kasse unberechtigterweise verwende. Wenn er hierbei keine in der Form beleidigenden Worte gebrauchte, so machte er sich keiner strafbaren Beleidigung schuldig, und die Privatklage erschien von vornherein völlig aussichtslos. Bei dieser Sachlage halten wir die Kasse nicht für berechtigt, die Prozeßkosten dem Geschäftsführer zu erstatten. Eine andere Beurteilung könnte nur Platz greifen, wenn die Erhebung der Privatklage im Interesse der Kasse lag. Umstände, die hierfür sprächen, sind aus dem Schreiben nicht ersichtlich.

Vererblichkeit des Anspruchs auf Taschengeld.

7. **Nach Halpe.** Antwort: Das Taschengeld — oder Handgeld, wie es in Ihrer Satzung heißt — ist nach § 194 Ziff. 2 RVO. ein „Krankengeld", und ein von dem Berechtigten erworbener Anspruch darauf geht auf die Erben über (vgl. Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 1a zu § 119; Entsch. der RVA. 2086, ArbVers. 1916 S. 36). Nach § 194 RVO. wird das Taschengeld neben der Krankenhauspflege und da gewährt, wo kein Hausgeld zu zahlen ist. Hieraus ergibt sich, daß es ein Zuschuß für die Dauer der Krankenhauspflege sein soll, nicht für die auf sie folgende Zeit. Somit entsteht der Anspruch zugleich mit der Gewährung der Krankenhauspflege, nicht erst mit ihrer Beendigung. Ist aber der Anspruch schon vorher begründet, so ist er auch vererblich, wenn das Mitglied im Krankenhaus stirbt. Wenn die Kassensatzung bestimmt, daß das Hausgeld nach der Entlassung aus dem Krankenhaus gewährt wird, so wird damit nur der Zeitpunkt der Fälligkeit des schon vorher begründeten Anspruchs festgesetzt.

Erstattungspflicht des Reichs bei Wöchnerinnenheimpflege im Falle der Familienwochenhilfe.

8. **Nach Haltingen-R.** Antwort: In § 205d heißt es, daß der Kasse die Leistungen nach § 205a durch das Reich zur Hälfte erstattet werden, und in § 205a Abs. 4 ist ausdrücklich gesagt, daß § 196 entsprechend gilt, also, daß auch den Familienangehörigen mit deren Zustimmung die Kasse an Stelle des Wochengeldes Kur und Verpflegung in einem Wöchnerinnenheim gewähren kann. Demnach gehört auch die Wöchnerinnenheimpflege zu den Leistungen, die vom Reiche zur Hälfte gemäß § 205d zu erstatten sind. Entsprechendes gilt für die Anwendung des § 197, auf den gleichfalls im § 205a Abs. 4 verwiesen ist.

Zur Befreiung der Krankenkassen von der Kapitalertragsteuer.

9. **Nach Köslin.** Antwort: Wann für die Krankenkassen Erträge aus solchen Kapitalanlagen, die nach dem 30. September 1919 erworben worden sind, von der Kapitalertragsteuer befreit werden, ergibt sich aus § 3 Abs. 1 Ziff. 6, Abs. 2 in Verbindung mit § 2 Abs. 1 Nr. 1 4, 5 und 7 Kapitalertragsteuer-Ges. Zu solchen steuerfreien Kapitalerträgen gehören die Zinsen aus dem Giroverkehr. Entscheidend ist die Art der Anlage, nicht aber der Zweck, dem diese dient. Es kommt also bezüglich der Rücklage darauf an, in welcher Weise die für sie bestimmten Kapitalien angelegt sind. Wir verweisen des Näheren auf die Ausführungen von Heymann in der ArbVers. 1920 S. 603 f.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Str. 12
Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., in Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bernhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

Heft 1315 der ganzen Folge.

38. Jahrgang | 1. Mai 1921 | Heft 13

Kann das Oberversicherungsamt durch Änderung der Dienstordnung (§ 356 Satz 2 RVO.) gegen den Willen der Kasse die Gehälter der Kassenangestellten anderweit festsetzen?

Von Oberregierungsrat Dr. Hassenstein, Direktor des Oberversicherungsamtes Stettin.

Mit dieser Frage beschäftigt sich eine im Heft 6 der ArbVers. S. 115 abgedruckte Entscheidung des Oberversicherungsamts Stettin vom 22. Januar d. J. Der Fall lag folgendermaßen: Ein Kreiskrankenkassenverband, der aus einer Ortskrankenkasse und aus einer Landkrankenkasse besteht, konnte die Erhöhung der Gehälter der für beide Kassen gemeinsamen Angestellten nicht beschließen, weil seine beiden Ausschüsse — die Satzung sieht unzweckmäßigerweise deren zwei vor — sich nicht darüber einig waren, welcher Maßstab für die von beiden als notwendig anerkannte Erhöhung anzuwenden sei. Der Vorstand und der Ausschuß der Landkrankenkasse wollten sich nach den für die Gemeindebeamten gültigen Sätzen richten, während der Ausschuß der Ortskrankenkasse an dem zwischen dem Hauptverbande deutscher Ortskrankenkassen und dem Zentralverbande der Angestellten vereinbarten Tarif festhielt. Der Erlaß des preußischen Ministers für Volkswohlfahrt vom 13. Januar d. J. (ArbVers. Heft 8 S. 149), welcher dem ersteren Standpunkt zuneigt, lag noch nicht vor. Das Versicherungsamt stellte nun beim Oberversicherungsamt den Antrag, dieses möge den vom Vorstand beschlossenen Nachtrag auf Grund des § 356 RVO. rechtsverbindlich feststellen. Das Oberversicherungsamt lehnte diesen Antrag ab, weil nach seiner Ansicht der rechtsverbindlichen Feststellung erst die rechtskräftige Anordnung der Änderung oder Ergänzung vorausgehen müsse und diese mangels besonderer gesetzlicher Bestimmungen nur durch die Aufsichtsbehörde, d. i. das Versicherungsamt, erfolgen könne. Diese Ansicht hat die Schriftleitung bei Veröffentlichung der Entscheidung in einer längeren Bemerkung für irrig erklärt. Zwar ist auch sie der Ansicht, daß Anordnung und Feststellung in getrenntem Verfahren vorzunehmen seien, will aber trotz mangelnder Gesetzesbestimmung, offenbar in Anlehnung an § 326 RVO., auch die Anordnung dem Oberversicherungsamt vorbehalten wissen, weil es nicht Aufgabe des Versicherungsamts sein könne, eine förmliche Anordnung zu erlassen, die im Grunde doch auf eine Änderung der von der höheren Stelle erlassenen Entscheidung über die Genehmigung der Dienstordnung hinauskomme.

Diese Begründung will mir nicht stichhaltig erscheinen, denn derartige Erwägungen mögen zwar für den Gesetzgeber bestimmend sein und sind es vielleicht auch gewesen, wenn er, wie im § 326 RVO., das Verfahren ausdrücklich ordnet; sie können aber nicht als ausschlaggebend anerkannt werden, wenn es gilt, eine Lücke im Gesetz zu beseitigen, wie

Digitized by Google

bei der Auslegung des § 356 Satz 2 a. a. O. Hier müssen andere, vorhandene Gesetzesbestimmungen zur Hilfe genommen werden, und da ergibt sich m. E. ganz zwanglos die Anwendung der allgemeinen Vorschriften des § 30 RVO., wonach das Aufsichtsrecht der Aufsichtsbehörde sich darauf erstreckt, daß Gesetz und Satzung beobachtet werden. Auch entscheidet das Versicherungsamt in diesem Falle keineswegs endgültig, vielmehr geht nach § 377 Abs. 2 RVO, der Rechtsmittelzug weiter an die Beschlußkammer des Oberversicherungsamtes und den Beschlußsenat des Reichsversicherungsamts (s. Hahn, Handb. der KrVers. zu § 377 Anm. 2).

Allerdings hätte die Schriftleitung, um ihre Ansicht zu stützen, noch gröberes Geschütz auffahren können, nämlich zwei Entscheidungen des bayrischen Landesversicherungsamts vom 4. Januar 1919 und vom 15. März 1920 abgedruckt in Breithaupts Sammlung VIII S. 220 und IX S. 316), die von der Annahme ausgehen, daß beide, Anordnung und Festsetzung, vom Oberversicherungsamt zu treffen seien, und zwar als zwei untrennbare Teile eines zusammenhängenden Verfahrens, welches dann im Wege der unbefristeten Aufsichtsbeschwerde nachzuprüfen wäre, und zwar auch hinsichtlich des Inhalts der Anordnung. Dies würde also eine dritte Lesart sein, die ich jedoch auch nicht für richtig halte, weil dabei zum Teil recht gewaltsame Auslegungsgrundsätze unterlaufen. Das Bayrische Landesversicherungsamt, dem anscheinend durch einen Ministerialerlaß vom 5. Dezember 1918 gewisse Entscheidungen im Aufsichtswege übertragen sind, gibt für die m. E. höchst unzweckmäßige Verkoppelung von Anordnung und Festsetzung als einzigen Grund an, daß die Bestimmung des § 356 den Vorschriften des § 347 über die Krankenordnung angeglichen sei und es daher nicht anginge, das Verfahren des Oberversicherungsamts nach den Grundsätzen des § 326 in zwei verschiedene Teile zu spalten. Dies will mir nicht schlüssig erscheinen, denn § 356 spricht, ebenso wie § 347, von der rechtsverbindlichen Feststellung einer „angeordneten" Ergänzung, woraus hervorgeht, daß in beiden Fällen der Feststellung eine Anordnung vorauszugehen hat, nur ist eben nicht gesagt, wer die Anordnung zu erlassen habe. Das Landesversicherungsamt kommt mit seiner Auslegung auch bald in eine gewisse Verlegenheit, die es zwingt, im Gegensatz zu Hoffmann (Komm. zur RVO. 2. Buch Anm. 5 zu § 356) davon auszugehen, „daß die Zuständigkeit der Beschwerdeinstanz den ganzen Inhalt des beschwerenden Beschlusses, nicht bloß das Verfahren des Oberversicherungsamts, umfaßt". Mitbestimmend für diese Annahme war zweifellos, daß es den von ihm auch aufgehobenen Beschluß des Oberversicherungsamts mit Recht für ziemlich bedenklich hielt und an ihn heranzukommen suchte. Über die Gesetzesbestimmung, daß die Feststellung des Oberversicherungsamts „rechtsverbindlich" ist, geht es mit der etwas eigenartigen Begründung hinweg, dies bedeute nur, „daß die Feststellung alle Beteiligten und die Behörden bindet, soweit sie in der Beschwerdeinstanz nicht abgeändert wird". Eine solche Auslegung des Wortes „rechtsverbindlich" ist mir neu, und ich halte mich da lieber an Hoffmann. Endlich ist für die Prüfung der Richtigkeit einer Auslegung auch nicht ohne Bedeutung, wie sie sich in der Anwendung bewährt. Ich will mich einmal ganz auf den Standpunkt des Landesversicherungsamts stellen und nehme einen Fall, wo sich die Erhöhung der Gehaltssätze der Angestellten in einer Dienstordnung als notwendig herausgestellt hat. Die Kasse lehnt ab. Nach der Auslegung des Landesversicherungsamts müßte nun so verfahren werden, daß das Oberversicherungsamt, nachdem es durch das Versicherungsamt mit den Beteiligten verhandelt hat, die Erhöhung der Gehaltssätze anordnet und gleichzeitig rechtsverbindlich feststellt. Zunächst widerspricht der Kassenvorstand nicht, nach einem Jahre etwa aber fällt es ihm ein, gegen den Beschluß des Oberversicherungsamts Beschwerde einzulegen. Diese Beschwerde ist unbefristet und ermöglicht nach Ansicht des Landesversicherungsamts der Aufsichtsbe-

Digitized by Google

hörde, die in der Regel die höchste Landesbehörde ist, auch die Nachprüfung, ob die angeordnete Erhöhung der Gehälter wirklich notwendig und angemessen war, so daß bei abweichender Meinung die Festsetzung glatt umgestoßen werden könnte, und zwar mit rückwirkender Kraft. Welch unerträglicher Zustand der Rechtsunsicherheit für alle Beteiligten! Würde dagegen nach der Auslegung des Oberversicherungsamts Stettin verfahren werden, die keiner Gesetzesbestimmung Zwang antut, so wüßte alsbald ein jeder, woran er ist. Zunächst erließe das Versicherungsamt, welches den Verhältnissen am nächsten steht, nach Verhandlungen mit den Beteiligten die Anordnung, die auf Beschwerde jedes Betroffenen im befristeten ordentlichen Beschwerdewege (§ 377 RVO.) von der Beschlußkammer des Oberversicherungsamts und dem Beschlußsenate des Reichsversicherungsamts nachzuprüfen sein würde. Dann erst, wenn die Anwendung rechtskräftig geworden ist, kommt die rechtsverbindliche Feststellung durch das Oberversicherungsamt, die eine bloße Formsache ist und daher der inhaltlichen Nachprüfung auch nicht mehr bedarf. Ich überlasse es dem Urteil des Lesers, welchen Weg er für den richtigeren hält.

Zum Schluß möchte ich noch ganz kurz und mit der gebotenen Vorsicht an die Frage herantreten, ob es überhaupt möglich ist, auf Grund des § 356 eine Abänderung der vertraglich festgesetzten Gehälter anzuordnen, sei es, daß eine Heraufsetzung oder auch eine Herabsetzung veranlaßt werden soll, denn in dieser Hinsicht gibt es keinen Unterschied. Das Oberversicherungsamt Stettin konnte, da es bereits aus Formgründen ablehnte, diese Frage offen lassen und wies nur das Versicherungsamt auf den scharfen Eingriff in die Selbstverwaltung und die Vertragsfreiheit der Kassen hin, den ein solches Verfahren bedeuten würde. Das Landesversicherungsamt stellt sich auf den unbedingt bejahenden Standpunkt und erklärt mit der einer obersten Landesspruch- und Beschlußbehörde geziemenden Bestimmtheit: „Daß das Oberversicherungsamt befugt ist, auch die Änderung einer Dienstordnung anzuordnen, die bereits genehmigt wurde, ist nicht zu bezweifeln. Eine solche Anordnung kann insbesondere dann notwendig sein, wenn durch eine Änderung der Verhältnisse ein auffälliges Mißverhältnis zwischen der Besoldung der Angestellten und ihren Dienstaufgaben eintritt. Auch daran ist nicht zu zweifeln, daß das Oberversicherungsamt verpflichtet ist, nicht bloß eine zu reichliche Bezahlung der Angestellten zu verhindern, sondern auch einer allzu kargen Entlohnung entgegenzutreten." Trotzdem kann ich mich einiger Zweifel an der Richtigkeit dieser Grundsätze nicht entschlagen. Zweifellos ist für mich nur, daß das Oberversicherungsamt, sobald ihm eine Dienstordnung zur Genehmigung vorgelegt wird, die darin festgelegten Gehälter beanstanden kann, sowohl, wenn sie ihm zu hoch, als auch wenn sie ihm zu niedrig erscheinen. In beiden Fällen wird es seine Genehmigung versagen und zweckmäßigerweise anzugeben haben, in welcher Höhe es diese Gehälter als angemessen ansehen würde. Recht zweifelhaft ist es mir schon, ob es einfach an die Stelle der von der Kasse beschlossenen Sätze die ihm angemessen scheinenden setzen darf; ich würde es in Anlehnung an den Beschluß des Reichsversicherungsamts 2134, Amtl. Nachr. 1915 S. 814 ArbVers. 1916 S. 134 nicht tun.

Wieviel weiter ginge aber die Befugnis des Oberversicherungsamts, jederzeit einzugreifen und die Gehälter durch einfachen Beschluß, nicht einmal mit Zuziehung von Beisitzern, „rechtsverbindlich" anderweit festzustellen, sobald seiner Ansicht nach durch „eine Änderung der Verhältnisse ein auffälliges Mißverhältnis zwischen der Besoldung der Angestellten und ihren Aufgaben eintritt". Sollte der Gesetzgeber dies wirklich gewollt haben, als er den zweiten Satz des § 356 schrieb? Die Angestellten der Kassen würden dadurch nicht nur allen anderen Angestellten im wirtschaftlichen Leben, sondern auch den Beamten gegenüber in eine Ausnahmestellung geraten, die, teils erwünscht, teils unerwünscht, es ermöglichen würde, daß eine be-

Digitized by Google

hördliche Stelle jederzeit anordnen kann, ob ihre Bezüge eine Erhöhung oder eine Ermäßigung zu erfahren hätten. Wohin dies führen könnte, ersieht man aus dem dem Landesversicherungsamt vorliegenden Fall, wo das Oberversicherungsamt trotz der übereinstimmenden Ansicht aller Ausschuß- und Vorstandsmitglieder der Kasse, daß der nach dem Beschluß des Oberversicherungsamts zu berechnende Jahresgehalt weit über die Bezahlung der von dem Kassenboten zu verrichtenden Kassendienste hinausgehe, und obgleich der Kassenbote selbst mit seinen bisherigen Bezügen vollkommen zufrieden war, bei seinem Beschlusse bestehen blieb. Zwar hob das Landesversicherunsamt im Aufsichtswege die „rechtsverbindliche" Änderung als zu weitgehend auf, aber wo bleibt da die Grenze für das pflichtmäßige Ermessen? Es handelt sich m. E. hier um eine solche Ausnahmebestimmung, daß der Wille des Gesetzgebers, der weder im Gesetze selbst noch in den Gründen klar zum Ausdruck kommt, einschränkend und nicht erweiternd ausgelegt werden muß. Zwar ist das Landesversicherungsamt der Ansicht, daß der § 326 Abs. 3 nicht zur Auslegung herangezogen werden könne — eine Begründung dieser Ansicht wird nicht gegeben —, aber man könnte wohl unter Heranziehung des § 30 RVO., wonach die Aufsichtsbehörde auf die Beobachtung von Gesetz und Satzung zu achten hat, annehmen, daß sie nur solche Änderungen anordnen könne, die Verstöße gegen Gesetz und Satzung beseitigen, mag der Widerspruch schon vorher durch ein Versehen oder erst nachher durch Änderung von Gesetz oder Satzung eingetreten sein. Hiermit würde sich auf dem vom Oberversicherungsamt Stettin in seiner Entscheidung angedeuteten Wege bei zwangloser Auslegung aller in Frage kommenden Gesetzesbestimmungen ein für sämtliche Beteiligten annehmbares Verfahren ergeben, das willkürliche Eingriffe in die Vertragsfreiheit der Kassen ausschließt.

Anmerkung der Schriftleitung: Die vorstehenden Ausführungen dürfen das Interesse unserer Leser beanspruchen. Für überzeugend halten wir sie nicht. Wir können nicht finden, daß es sich bei der Auslegung des § 356 Satz 2 RVO. darum handle, „eine Lücke im Gesetz zu beseitigen", meinen vielmehr, daß diese Vorschrift in sich klar und vollständig ist, wenn man sie nur im Zusammenhange mit Satz 1 und mit den §§ 351 ff., zu denen er gehört, betrachtet. Wie sich aus diesen Paragraphen ergibt, ist die Aufstellung der Dienstordnung Sache der Kasse; aber rechtsverbindlich wird die Dienstordnung erst durch die Genehmigung des Oberversicherungsamts (§§ 351, 354). Reicht nun die Kasse trotz Aufforderung in der gesetzten Frist keine Dienstordnung ein, so erweitert sich die Aufgabe des Oberversicherungsamts: es hat zu tun, was eigentlich der Kasse oblag, nämlich für sie die Dienstordnung aufzustellen, was dann selbstverständlich die Genehmigung einschließt. Dies drückt § 356 Satz 1 aus, indem er bestimmt, daß das Oberversicherungsamt die Dienstordnung rechtsverbindlich feststellt — „rechtsverbindlich" in demselben Sinne wie sonst die von der Kasse selbst aufgestellte Dienstordnung durch die Genehmigung des Oberversicherungsamts wird. Und „das gleiche gilt für angeordnete Änderungen und Ergänzungen" (§ 356 Satz 2). Das heißt: Auch Änderungen und Ergänzungen, die sich als notwendig erweisen, sind an sich Sache der Kasse selbst und bedürfen nur der Genehmigung des Oberversicherungsamts (zu vgl. § 354 Schlußabsatz); rührt sich aber die Kasse nicht, so erweitert sich auch hier die Aufgabe des Oberversicherungsamts: es hat die Änderung oder Ergänzung anzuordnen, also für die Kasse aufzustellen und nach fruchtlosem Ablauf der Frist rechtsverbindlich festzustellen — „rechtsverbindlich", weil dies zugleich die Genehmigung einschließt.

Einige Fragen, betreffend Aufgaben der Krankenkassen nach dem Reichsversorgungsgesetz.

Von A. Gueffroy, Verwaltungsdirektor der Allgemeinen Ortskrankenkasse Leipzig-Land.

I. In § 8 Abs. 3 ist die Zuständigkeit der Kassen bei Übernahme der Heilbehandlung usw. geregelt. Zuständig ist, wenn der Erkrankte Mitglied einer der dort genannten Kassen ist, diese Kasse, andernfalls die Kasse des Wohnortes des Erkrankten. Hat ein nicht in dem Bezirke seiner Kasse wohnender Erkrankter die Höchstleistungen der Kasse erhalten, ist er ausgesteuert worden, so muß er, um bei Fortdauer seiner Erwerbsunfähigkeit von seiner bisherigen Kasse Leistungen zu erhalten, Kassen-

Digitized by Google

beiträge entrichten (§ 311 RVO.). Andernfalls muß er sich wegen Gewährung weiterer Unterstützung an die für seinen Wohnort zuständige Allgemeine Ortskrankenkasse, und wo eine solche nicht besteht, an die Landkrankenkasse wenden.

Daß den Erkrankten, für welche am Ende der Kassenleistungen die Rente noch nicht festgesetzt worden ist, durch die obenerwähnte Bestimmung, wenn auch nur vorübergehend, Nachteile entstehen können, wird man unter Berücksichtigung der Vorschriften in § 12 des RVG. und der Ausführungsbestimmungen nicht bestreiten können. Denn nach den Bestimmungen in § 12 ist die Höhe des Krankengeldes so zu bemessen, als ob der Erkrankte der Krankenkasse freiwillig beigetreten wäre, und in den Ausführungsbestimmungen zu § 12 wird unter Ziff. 3 hinsichtlich Ermittelung des Grundlohnes, nach welchem das Krankengeld zu zahlen ist, auf § 180 Abs. 5 RVO. verwiesen. Der letztere bestimmt, daß über die Festsetzung des Grundlohnes, sofern solcher für freiwillig Beitretende sich nicht ermitteln läßt, die Satzung Bestimmung zu treffen hat.

Es erscheint zweifelhaft, nach welchen Vorschriften die zuständige Kasse den Grundlohn eines von einer anderen Kasse ausgesteuerten Erkrankten, der vielleicht seit einem halben oder dreiviertel Jahre keinerlei Einkommen außer dem Krankengelde hatte, zu ermitteln hat. Das Interesse des Erkrankten erfordert die Ermittlung des Einkommens, das der Erkrankte bis zum Tage des Beginns seiner Arbeitsunfähigkeit gehabt hat, sowie eine dementsprechende Festsetzung des Grundlohnes. Indessen wird hierbei zu beachten sein, daß die Höhe des Krankengeldes durch die Vorschriften in § 12 Abs. 2 des RVG. begrenzt ist. Wenn man glaubt, einer anderen Ansicht hinsichtlich Festsetzung des Grundlohnes beitreten zu müssen, so wird man aber auf alle Fälle mindestens den Ortslohn als Grundlohn zu bestimmen haben.

Der Erkrankte, der sich bei seiner bisherigen Kasse auf Grund des § 313 in Verbindung mit § 311 RVO. weiterversichert, wird hierzu wohl in der Regel die bisherige Klasse wählen, wodurch Erörterungen und Meinungsverschiedenheiten zwischen den Beteiligten hinsichtlich der Höhe des Krankengeldes vermieden werden. Allerdings sind auch in diesem Falle die Vorschriften in § 12 Abs. 2 RVG. zu beachten.

Ausgesteuerte, die Mitglied der Kasse geblieben sind, die aber nicht in deren Bezirk wohnen, können entsprechend den Vorschriften in § 219 RVO. der zuständigen Kasse zur Fürsorge überwiesen werden.

II. Die Heilbehandlung ist nach § 8 Abs. 4 ohne Rücksicht auf die durch die Kassensatzung vorgeschriebene Leistungsdauer zu gewähren. Sie ist zu beenden, wenn eine Besserung des Gesundheitszustandes oder eine Steigerung der Erwerbsfähigkeit nicht mehr zu erwarten ist. Würde jedoch eine Unterbrechung der Heilbehandlung eine Verschlimmerung des Leidens zur Folge haben, so ist sie fortzusetzen. Hieraus muß gefolgert werden, daß auch das nach § 12 zu zahlende Krankengeld ohne Rücksicht auf die Satzungsbestimmungen der zuständigen Kasse solange fortzuzahlen ist, als nicht der in Satz 1 erwähnte Zustand eingetreten ist. Die gegenteilige Ansicht Seelmanns (zu vgl. die bei Geibel, Altenburg, erschienene Ausgabe des RVG. mit Anmerkungen S. 19 Ziff. 3) kann nicht als zutreffend erachtet werden, wie auch weiter aus dem vom Reichsarbeitsministerium aufgestellten Entwurfe über Leitsätze für Krankenkassen usw. zur Durchführung der Versorgungsheilbehandlung S. 15 unter Nr. 25 hervorgeht. Würde man der Ansicht Seelmanns, die durch den Wortlaut des § 12 Abs. 1 gestützt wird, beitreten, so würde der Dienstbeschädigte, wenn die Rentenfestsetzung noch nicht erfolgt wäre, frühestens bei Beginn der 27. Woche nach Eintritt der Erwerbsunfähigkeit ohne jegliche Barunterstützung sein. Der Sinn und Zweck des Reichsversorgungsgesetzes erfordert aber, daß dem Erkrankten, der an keine Krankenkasse mehr Anspruch hat bzw. solchen überhaupt nicht hatte, so lange Krankengeld, Heilbehandlung usw. von der zuständigen

Digitized by Google

Kasse gewährt wird, bis der in § 8 erwähnte Zustand eingetreten ist oder die Versorgungsbehörde selbst die Fürsorge, eventuell durch Gewährung von Rente, Heilanstaltspflege usw., übernommen hat. Insoweit das letztere erfolgt, wird die Kasse von ihrer Leistungspflicht allerdings befreit (zu vgl. § 8 Abs. 7 und § 12 Abs. 2 über Gewährung von Krankengeld und Rente).

III. Bei Heilanstaltspflege (§ 13) beträgt das etwa zu zahlende Hausgeld zwei Drittel der Vollrente, zuzüglich der Ortszulage, der Teuerungszulage und etwaiger Ausgleichs- und Kinderzulage. Bleibt das einem Kassenmitgliede auf Grund der Kassensatzung zu zahlende Hausgeld hinter diesem Betrage zurück, so ist das letztere entsprechend zu erhöhen. Hierbei ist aber zu berücksichtigen, daß das über die Kassensatzung hinausgehende Hausgeld nur insoweit zu zahlen ist, als eine Minderung des Einkommens vorliegt; eine etwa gewährte Rente ist auf die zwischen dem Kassenhausgeld und dem Versorgungshausgeld liegende Differenz anzurechnen.

Bei Zahlung von Hausgeld für Dienstbeschädigte, die kein Kassenhausgeld zu fordern haben, ist entsprechend zu verfahren.

IV. Über die Erstattung des etwaigen Unterschieds zwischen dem Kassenhausgeld und Versorgungshausgeld bestehen Meinungsverschiedenheiten. Die Arbeiterversorgung vertritt, wie aus Heft 9 S. 178 Ziff. 8 hervorgeht, die Ansicht, daß die Differenz zu Lasten der Kassen geht. Ich nehme dagegen an, daß der Unterschiedsbetrag von dem Reiche zu erstatten ist. Dies folgt daraus, daß die Kassen auf Grund der gesetzlichen Bestimmungen nicht verpflichtet sind, Heilanstaltspflege zu gewähren und daß § 14 des RVG., worauf sich die Arbeiterversorgung bezieht, u. a. nur den Ersatz der eigentlichen Heilanstaltspflege, nicht aber den des Hausgeldes regelt. Abgesehen von dem Ersatz für die sonstige Heilbehandlung und dem Aufwand für kleinere Heilmittel ist aus dem Wortlaut des § 14 nur noch zu entnehmen, daß die Kassen für das von ihnen auf Grund der Mitgliedschaft des Dienstbeschädigten zu gewährende Krankengeld keinen Ersatz zu fordern haben. Überdies ist in § 15 RVG. gesagt, daß den Krankenkassen, soweit sie nur nach den Vorschriften des RVG. verpflichtet sind, Krankengeld, Hausgeld usw. zu gewähren, die entstandenen Kosten ersetzt werden sollen. Wenn man auch annehmen muß, daß die Kassen die erforderliche Heilanstaltspflege stets auf Grund der Kassensatzung und zu ihren Lasten eintreten lassen, so muß doch beachtet werden, daß die etwaige Zahlung des erhöhten Hausgeldes (§ 13) nur auf Grund der Bestimmung des RVG. und nicht der Kassensatzung erfolgt, und daß ihnen deshalb der etwaige Unterschied zwischen dem Kassenhausgeld und dem Versorgungshausgeld zu erstatten ist. Diese Ansicht wird auch von dem Reichsarbeitsministerium in den erwähnten Leitsätzen vertreten (zu vgl. S. 20 Nr. 38 II unter a).

V. Endlich bestehen noch darüber Meinungsverschiedenheiten, ob die Krankenkassen auch dann Ersatz zu fordern haben, wenn sie ihren Mitgliedern, die auf Grund der Kassensatzung Anspruch auf Heilbehandlung haben, nur letztere, nicht aber Krankengeld (weil Erwerbsunfähigkeit nicht vorliegt), gewähren. In solchen Fällen hat das Hauptversorgungsamt Leipzig den Anspruch der Kassen auf Ersatz der Heilbehandlung abgelehnt. Es hat ferner die ihm unterstellten Versorgungsämter angewiesen, auch den Ersatz für die ersten drei Tage (Karenztage), für welche der Erwerbsunfähige kein Krankengeld erhalten hat, abzulehnen. Gegen diese Ablehnung hat die Kasse das in § 17 des RVG. vorgesehene Verfahren eingeleitet, da die Ablehnung des Ersatzanspruchs nicht begründet erscheint. Vermutlich stützt sich das Hauptversorgungsamt auf den Wortlaut in § 14 Abs. 1, wo vorausgesetzt wird, daß die Kassen Heilbehandlung „und" Krankengeld zu gewähren haben. Demgegenüber ist darauf zu verweisen, daß die Leistungen, für welche Ersatz gewährt werden soll, ausdrücklich in § 14 aufgeführt sind und daß, um zeitraubende Erörterungen zu vermeiden, man

Digitized by Google

entsprechend dem § 222 RVO. einen Pauschalbetrag, berechnet nach der Hälfte des satzungsmäßigen Krankengeldes, auf das das Mitglied Anspruch erheben kann, festgesetzt hat.

Die Ansicht des Hauptversorgungsamtes gründet sich weiter auf den erwähnten Entwurf von Leitsätzen des Reichsarbeitsministeriums (zu vgl. S. 25 Nr. 53 I 1 a); denn dort ist gesagt, daß bei ärztlicher, zahnärztlicher, ambulanter Behandlung und Hauspflege als Ersatz die Hälfte des dem Beschädigten wirklich gezahlten Kassenkrankengeldes zu gewähren ist.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Grundsätzliche Entscheidungen (Bescheide, Mitteilungen) des Reichsversicherungsamts.

(Nr. 2 der Amtl. Nachr. vom 15. Februar 1921.)

I. Unfallversicherung.

Abfindung eines Italieners ohne seine Zustimmung mit einem dem Werte seiner Rente entsprechenden Kapital ist nach Art. 2 des deutsch-italienischen Abkommens v. 31. 7. 12 (Amtl. Nachr. 1913 S. 379) mit Art. 62 EinfGes. zur RVO. auch zulässig, wenn die Rente vor Inkrafttreten der RVO. festgestellt ist (3053 S. 151).

Einem verspäteten Rekurse kommt die im § 1608 Abs. 1 RVO. ausgesprochene Wirkung gegenüber einem im Laufe des Rekursverfahrens ergangenen neuen Bescheide nicht zu (Großer Senat. — 3054 S. 152).

Für Ersatzansprüche aus § 1738 RVO. ist die Revision gemäß § 1778 Abs. 1 ausgeschlossen. — Diese Ansprüche sind nicht beschränkt auf Aufwendungen infolge der vorläufigen Fürsorgepflicht (3055 S. 153).

In der grundsätzl. RekEntsch. 3032 (Amtl. Nachr. 1919 S. 422) ist ausgesprochen, daß die Zulage zu Verletztenrenten aus der Unfallversicherung auch dann nicht länger als drei Monate rückwärts vom Beginn des Monats, in dem der Antrag eingegangen ist, gewährt werden kann, wenn dem Verletzten erst im Laufe eines Rentenstreitverfahrens mit rückwirkender Kraft eine Rente von zwei Dritteln der Vollrente oder mehr zugesprochen worden ist (§ 5 Bek. v. 17. 1. 18, Amtl. Nachr. S. 153). Dies gilt auch, wenn ein Versicherungsträger die Gewährung einer Rente abgelehnt und später ein anderer Versicherungsträger mit rückwirkender Kraft eine Rente gewährt hat (3056 S. 155).

Auch die in der Dienstordnung vorgesehene Frist für den Widerspruch gegen die Strafverfügung des Genossenschaftsvorsitzenden gilt nach § 129 Abs. 2 RVO. als gewahrt durch Eingang bei einer der dort bezeichneten Stellen (3057 S. 156).

§ 673 RVO. gilt nicht beim Übergang eines wesentlichen Bestandteils (Hilfsbetriebs, Hilfstätigkeit) auf eine andere Berufsgenossenschaft. Die in einem Hilfsbetrieb entstandene Unfallast verbleibt bei dem Hauptbetrieb, dem jener ausschließlich gedient hat. Hat er gleichwertig auch einem Nebenbetriebe gedient und geht dieser auf eine andere Genossenschaft über, so kommt es für den Übergang der Unfallast darauf an, ob der Unfall im Dienste des Haupt- oder Nebenbetriebes eingetreten ist (3058 S. 157).

Die Verjährung der Strafverfolgung wegen unterlassener Einreichung der Lohnnachweise und der Nachweise für Berechnung der Prämien (§ 909 Ziff. 3) beginnt mit nachträglicher Einreichung bei der zuständigen Behörde oder mit Aufstellung der Nachweise durch diese gemäß § 800 RVO. (3059 S. 159).

II. Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Eine Entlastung des Trägers der Unfallversicherung im Sinne des § 1525 RVO. liegt nicht schon in der Ersparnis von Leistungen des Heilverfahrens, sondern erst darin, daß die Berufsgenossenschaft für die Zukunft nichts oder weniger zu leisten hat (Großer Senat. — 2607 S. 164).

Die Festsetzung des Grundlohns nach § 1 Vrdg. v. 30. 4. 20 (RGBl. S. 769, ArbVers. S. 287) kann mit Wirkung v. 7. 4. 20 ab erfolgen. Dazu bedarf es aber einer ausdrücklichen Bestimmung des zur Festsetzung berufenen Kassenorgans (2608 S. 166).

Die Kosten der Überführung eines an der Arbeitsstelle erkrankten Versicherten nach seiner in einem Nachbarorte gelegenen Wohnung sind unter Umständen als Bestandteil der von der Kasse zu tragenden Kosten der ärztlichen Behandlung anzusehen (2609 S. 168).

Daß eine Wöchnerin Leistungen aus § 195a RVO. in der Fassung des § 2 Ges. v. 26. 9. 19 (RGBl. S. 1757, ArbVers. S. 570) bezogen hat, steht der Gewährung von Familienwochenhilfe für

Digitized by Google

denselben Unterstützungsfall aus § 205a RVO. (§ 10 des bez. Ges.) nicht entgegen (2610 S. 169).

Eine Kasse, die einer Wöchnerin auf Grund des § 213 RVO. Wochenhilfe gewährt hat, kann Erstattung nach § 197 nicht beanspruchen (2611 S. 170).

Als Berechtigter im Sinne des § 1253 Satz 1 RVO. gilt der Rentenberechtigte auch, wenn die Feststellung der Leistungen von Ersatzberechtigten nach § 1538 betrieben wird. — In diesem Verfahren muß, wenn der Rentenberechtigte verstorben ist, die Leistung zugunsten seiner Rechtsnachfolger festgestellt werden (2612 S. 172).

Eine Satzungsbestimmung, die für Familienmitglieder der Versicherten innerhalb des Kassenbezirks freie Behandlung durch Kassenärzte, außerhalb dieses Bezirks aber nur bare Beihilfen vorsieht, die im allgemeinen die Behandlungskosten nicht decken, ist unzulässig (2613 S 173).

Weiterversicherung nach § 313 RVO. kann nur bei der Kasse erfolgen, welcher der Versicherte beim Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung angehörte (2614 S. 175).

Hat ein Kassenmitglied vom Ausscheiden aus der Pflichtversicherung ohne Verschulden erst nach drei Wochen Kenntnis erlangt, so beginnt die Frist zur Anzeige der Weiterversicherung (§ 313 Abs. 2 Satz 1 RVO.) erst mit der Kenntnis vom Ausscheiden (2615 S. 177).

Bestimmt eine Wahlbekanntmachung für die Einreichung von Wahlvorschlägen bei dem Vorstand eine Frist, so genügt es, wenn ein Vorschlag einem Vorstandsmitgliede, das die Bekanntmachung unterschrieben hat, am letzten Tage der Frist in seiner Wohnung vorgelegt und von ihm angenommen worden ist (2616 S. 179).

Durch die Krankenordnung können die Kassenmitglieder verpflichtet werden: 1. sobald sie eine Geschlechtskrankheit bei sich wahrnehmen, es sofort der Kasse zu melden; 2. wenn sie geschlechtskrank sind, den Vorladungen und Anordnungen der von Versicherungsanstalten eingerichteten Beratungsstellen für Geschlechtskranke zu folgen; 3. geschlechtskranke, nichtversicherte Familienangehörige der Kasse zu melden und sie zur Befolgung der Vorladungen und Anordnungen der Beratungsstellen anzuhalten (2617 S. 180).

Ordnet der Vorsitzende die Berichtigung einer Entscheidung an, so beginnt die Frist zur Beschwerde gegen diese Verfügung (§ 1673 Abs. 3) mit der von Amts wegen zu bewirkenden Zustellung. — Unter „ähnlichen offenbaren Unrichtigkeiten" im Sinne des § 1673 Abs. 1 RVO. sind nicht Mängel des Wollens, sondern nur solche im Ausdruck des Gewollten zu verstehen. Irrtum über tatsächliche Unterlagen der Entscheidung oder Rechtsirrtum begründet keine Möglichkeit der Berichtigung (2618 S. 183).

Freiwillig mit behördlicher Genehmigung nach Preußen gekommene russisch-polnische landwirtschaftliche Arbeiter unterlagen auch während des Krieges gemäß § 1233 RVO. nicht der Invalidenversicherung (2619 S. 185).

Nach Art. I Ziff. 1 Abs. 2 Ziff. 1 und Art. IV Abs. 2 des Ges. über Abänderung der Leistungen und Beiträge in der Invalidenversicherung vom 20. 5. 20 finden Wegfall und Kürzung der Rentenzulage nicht nur neben Militärrenten aus dem Reichsversorgungsgesetze v. 12. 5. 20, sondern auch neben Militärrenten aus anderen Gesetzen, insbesondere dem Mannschaftsversorgungsgesetze vom 31. 5. 06 statt (2620 S. 187).

Zulagen aus dem Ges. über Abänderung der Leistungen und Beiträge in der Invalidenversicherung v. 20. 5. 20 werden nur für volle Kalendermonate des Rentenbezugs gewährt (2621 S. 187).

B. Zur Krankenversicherung.

Bemessung des Grundlohnes für freiwillig Versicherte.

Bescheid des Reichsarbeitsministers vom 9. Dezember 1920 (II A 7521).

Eine Kasse wollte im Hinblick auf die Vorschrift des § 176 Abs. 1 RVO., wonach der Eintritt in die freiwillige Versicherung an eine Höchstgrenze des Einkommens von 2500 ℳ gebunden ist, den Höchstsatz des Grundlohns für freiwillig der Kasse Beitretende auf 6 ℳ festsetzen. Sie wurde vom Oberversicherungsamt angehalten, den Grundlohn dieser Mitglieder nach gleichen Grundsätzen zu bemessen wie für Pflichtmitglieder. Das Reichsarbeitsministerium hat sich hierzu auf Anfrage in einem Bescheide vom 1. November 1920 wie folgt geäußert:

Die Einkommensgrenze von 2500 ℳ gilt nur für das Recht zum freiwilligen Eintritt in die Krankenkasse, nicht aber für das Recht zum weiteren Verbleiben in dem einmal eingegangenen Versicherungsverhältnis. § 178 RVO., welcher das Erlöschen des Rechts zum Verbleiben in der Versicherung bei Überschreitung eines Gesamteinkommens von 4000 ℳ aussprach, ist durch § 2 der Verordnung vom 22. November 1918 (RGBl. S. 1321) aufgehoben worden, so daß nunmehr das weitere Verbleiben freiwilliger Versicherter in der Kassenmitgliedschaft an keine Höchstgrenze des Einkommens mehr gebunden ist.

Der § 215 RVO. gibt allerdings der Satzung das Recht, die Kassenleistungen für freiwillig beigetretene Versicherte nach gewissen Richtungen hin zu beschränken. Dies darf aber nicht in der Weise

Digitized by Google

geschehen, daß der Grundlohn für solche Mitglieder nach anderen Grundsätzen als denjenigen für die übrigen Mitglieder bemessen wird. Die Vorschrift des § 180 Abs. 5 RVO. hat nur den Fall im Auge, daß nach den besonderen Verhältnissen des einzelnen Falles ein bestimmter Grundlohn nicht ermittelt werden kann. Im übrigen müssen die freiwillig Beigetretenen derselben Mitgliederklasse oder Lohnstufe angehören wie die Pflichtmitglieder, sofern sie sich in eine solche einreihen lassen. Die Vorschrift des § 313 Abs. 1 RVO. über die maßgebende Mitgliederklasse oder Lohnstufe bezieht sich nur auf den Fall der Weiterversicherung der Pflichtmitglieder.

Wirkung und Beginn der Grundlohnfestsetzung nach der Vrdg. v. 30. 4. 20.

Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 26. Januar 1921 (2608 Amtl. Nachr. 1921 S. 166).

Während nach § 180 RVO. in der Fassung der Bekanntm. vom 22. November 1917 (RGBl. S. 1085, Amtl. Nachr. 1917 S. 627) der Grundlohn bis zu 8 ℳ für den Arbeitstag festzusetzen war, schreibt § 1 der Verordnung vom 30. April 1920 vor, daß bei der Festsetzung des Grundlohns der Entgelt berücksichtigt werden muß, soweit er 24 ℳ für den Arbeitstag nicht übersteigt; die Satzung kann ihn darüber hinaus bis zu einer Grenze von 30 ℳ berücksichtigen. Über die hierdurch erforderlichen Satzungsänderungen haben die Organe der Kassen nach § 3 der Verordnung binnen vier Monaten nach Inkrafttreten der Verordnung zu beschließen; bis zur Genehmigung der Satzungsänderung setzt der Kassenvorstand die erforderlichen oder zulässigen Änderungen des Grundlohns vorläufig fest. Es fragt sich, in welchem Zeitpunkt die auf dieser Grundlage getroffenen Festsetzungen wirksam werden, ob sie insbesondere bereits mit dem Inkrafttreten des bezeichneten § 1 in Geltung gesetzt werden müssen beziehungsweise ohne weiteres in Geltung treten oder ob der Zeitpunkt ihres Geltungsbeginns von dem Kassenorgane beliebig bestimmt werden kann. Dabei ist davon auszugehen, daß die Verordnung selbst eine Festsetzung des Grundlohns nicht enthält, sondern einen besonderen Akt der Kassenorgane vorsieht, durch welchen diese Festsetzung erst erfolgen soll. Für den Inhalt der erforderlichen Beschlüsse enthält der § 1 der Verordnung bindende Richtlinien, die immerhin der freien Entschließung der Kassenorgane noch einen ziemlich erheblichen Spielraum lassen. Nach der Entsch. 2562 (Amtl. Nachr. 1920 S. 175) tritt eine Satzungsänderung, wenn nicht etwas anderes ausdrücklich bestimmt ist, mit dem Zeitpunkt in Kraft, in dem die Genehmigung des Oberversicherungsamts dem Versicherungsträger zugestellt wird. Ein Vorstandsbeschluß, der die Satzung vorläufig ändern soll und der Genehmigung des Oberversicherungsamts nicht bedarf, kann dementsprechend im allgemeinen jedenfalls nicht eher wirksam werden, als bis er rechtsgültig zustande gekommen ist. Wie aber die Satzung den Beginn ihrer Wirksamkeit anderweit bestimmen, ihn auf einen früheren oder späteren Zeitpunkt verlegen kann, so muß Entsprechendes auch grundsätzlich von dem gedachten Vorstandsbeschluß, der vorläufig an die Stelle einer formgerechten Satzungsänderung tritt, gelten. Eine Ausnahme von dieser allgemeinen Regel wäre nur begründet, wenn die besondere Vorschrift, auf die sich die vorläufige oder endgültige Satzungsänderung stützt, ausdrücklich etwas anderes vorsähe. Das Versicherungsamt ist in Übereinstimmung mit der Auffassung des Klägers der Ansicht, daß die Verordnung vom 30. April 1920 eine derartige besondere Regelung treffe. Es legt den § 1 der Verordnung dahin aus, daß die Regelung, die der § 1 vorschreibe, mit Wirkung von dem Zeitpunkt ab getroffen werden müsse, in dem dieser Paragraph wirksam geworden sei, d. h. vom 7. April 1920 ab. Eine derartige Regelung wäre an sich möglich; der Gesetzgeber ist nicht gehindert, einer Satzungsänderung, die am 7. April 1920 noch gar nicht vorliegen konnte, weil die Verordnungen vom 1. und vom 30. April 1920 erst am 7. April beziehungsweise 3. Mai 1920 veröffentlicht worden sind, eine rückwirkende Kraft beizulegen. Da es sich dabei aber um eine Ausnahme von der allgemeinen Regel handeln würde, müßte eine dahingehende Absicht des Gesetzes in seinem Wortlaut klar und unzweideutig zum Ausdruck kommen. Statt dessen schafft die Verordnung vom 30. April 1920 lediglich eine gesetzliche Grundlage für einen Beschluß der Kassenorgane, durch den der Grundlohn abweichend von dem bisherigen Rechte festzusetzen ist. Diese gesetzliche Grundlage besteht nach § 9 der Verordnung mit Wirkung vom 7. April 1920 ab. Beschlüsse, die von diesem Tage ab den Grundlohn den neuen Vorschriften entsprechend festsetzen, sind daher durch die Verordnung gedeckt, d. h. ein derartiger Beschluß darf nicht rückwirkend über den 7. April 1920 hinausgehen bis zu einem Zeitpunkt, in dem es an der gesetzlichen Grundlage für ihn noch mangelt. Irgendeine weitere Einschränkung der allgemeinen Regeln über das Inkrafttreten von Satzungsänderungen ist dagegen in der Verordnung nicht enthalten. Daher muß es auch hier bei der allgemeinen Regel bewenden, daß die Änderung erst wirksam wird, sobald sie rechtsgültig zustande gekommen ist, daß sie aber durch eine ausdrückliche Satzungsbestimmung den Beginn ihrer Wirkungen auch abweichend bestimmen darf. Dabei ist der Vorstand beziehungsweise der Ausschuß der Kasse allerdings verpflichtet, die in der Verordnung vorgeschriebene Festsetzung des Grundlohns möglichst bald herbeizuführen, um die Satzung mit den gesetzlichen Anforderungen in Einklang zu bringen. Auf die unverzügliche Erfüllung dieser Pflicht ist ge-

Digitized by Google

gebenenfalls im Aufsichtswege hinzuwirken. Im Falle einer erheblichen Verzögerung werden die Aufsichtsbehörde und die zur Genehmigung von Satzungsänderungen zuständige Stelle auch verlangen dürfen, daß den Ansprüchen der Versicherten durch eine Zurückverlegung des für die höheren Leistungen maßgebenden Termins billige Rechnung getragen wird. Der von diesen Erwägungen abweichende Standpunkt des Versicherungsamts würde zu außerordentlich großen Schwierigkeiten führen, wie das Versicherungsamt selbst nicht verkennt. Die Kassen würden für eine bereits zurückliegende Zeit in zahlreichen Fällen erhöhte Leistungen zu erbringen haben, ohne die Gewähr für die nachträgliche Beschaffung der erforderlichen Deckung zu besitzen. Auch dieser praktische Gesichtspunkt spricht für die in der gegenwärtigen Entscheidung vertretene Auffassung, die auch fast allgemein in den Fachzeitschriften geteilt wird (zu vgl. Spielhagen in der Monatsschrift für Arb.- und AngestVers. 1920 Sp. 297, Arbeiter-Versorgung 1920 S. 339 Nr. 3, S. 437 Nr. 6, S. 604 ff., Bescheid des Reichsarbeitsministeriums vom 17. Mai 1920 in der Krankenversicherung 1920 S. 99; anderer Meinung anscheinend Hempel in der Ortskrankenkasse 1920 Sp. 358). Da hiernach bei Eintritt des Versicherungsfalls die Erhöhung des Grundlohns noch nicht stattgefunden hatte, ihr auch vom Vorstand eine Rückwirkung nicht beigelegt worden ist, kann der Kläger entsprechend dem § 211 RVO., der durch die Verordnung vom 30. April 1920 nicht berührt wird, für die gesamte Dauer des streitigen Erkrankungsfalls die Bemessung des ihm zustehenden Krankengeldes nur nach dem damals maßgebenden niedrigeren Grundlohn verlangen.

Bezug von Wochenhilfe aus eigener Versicherung (§ 195a RVO.) steht der Gewährung von Familienwochenhilfe (§ 205a) nicht entgegen.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 7. Dezember 1920 (2610 Amtl. Nachr. 1921 S. 169).

Die Ehefrau des Maurers St. in B. ist am 7. November 1919 von einem toten Knaben entbunden worden. Sie war freiwilliges Mitglied der Allgemeinen Ortskrankenkasse in B. und hat von dieser die ihr zustehende Wochenhilfe nach § 195a RVO. in der Fassung des § 2 des Gesetzes vom 26. September 1919 erhalten. Der Maurer St., der selbst versicherungspflichtiges Mitglied der bezeichneten Kasse ist, verlangt für seine Ehefrau von der Kasse nach § 205a RVO. in der Fassung des § 10 des bezeichneten Gesetzes fernerweit die Leistungen der Familienwochenhilfe. Das Versicherungsamt hat den Anspruch abgewiesen. Hiergegen hat der Kläger Berufung eingelegt. Das Oberversicherungsamt (Spruchkammer) hat die Sache gemäß § 1693 Abs. 1 RVO. zur grundsätzlichen Entscheidung an das Reichsversicherungsamt abgegeben und sich gutachtlich dahin geäußert, daß die Berufung unbegründet sei. Der Kläger hat auf Anfrage des Reichsversicherungsamts noch ausdrücklich erklärt, daß seine Ehefrau von der beklagten Kasse die Leistungen nach § 2 des Gesetzes vom 26. September 1919 erhalten habe, und daß er die Leistungen nach § 10 des bezeichneten Gesetzes, und zwar Wochengeld in Höhe von 106,50 ℳ und einen einmaligen Beitrag zu den Kosten der Entbindung von 50 ℳ begehre. Das Reichsversicherungsamt hat der Berufung stattgegeben aus folgenden Gründen:

Das Reichsversicherungsamt hat inzwischen in einer auf Grund des § 1693 Abs. 1 RVO. ergangenen grundsätzl. Entsch. vom 27. Oktober 1920 — IIa K. E. 113/20 — (Amtl. Nachr. 1920 S. 431 Ziff. 2604) mit eingehender Begründung dargelegt, daß versicherungsfrei im Sinne des § 205a RVO. in der Fassung des § 10 des Gesetzes vom 26. September 1919 gleichbedeutend mit nicht versicherungspflichtig sei. Dabei ist auch schon auf den Einwand eingegangen, daß bei dieser Auslegung Doppelleistungen möglich seien, die das Gesetz habe vermeiden wollen. In dem damals entschiedenen Falle war ein Anspruch auf doppelte Leistungen nicht erhoben; es war vielmehr lediglich von einer Kasse Wochenhilfe begehrt und geleistet worden. In der Entscheidung ist darauf hingewiesen, daß, wenn in anderen Fällen Ansprüche auf doppelte oder mehrfache Wochenhilfe anerkannt werden müßten, das offenbar nicht der bewußten Absicht der gesetzgebenden Faktoren entsprechen würde. Man könne aber nicht sagen, daß es auch dem Sinne des Gesetzes selbst widersprechen würde, da dieses auch sonst Doppelleistungen nicht durchweg ausschließt (zu vgl. Hoffmann in der Arbeiter-Versorgung 1920 S. 124). An dieser Auffassung war festzuhalten. Hierfür spricht insbesondere noch die Erwägung, daß die Anspruchberechtigten nach § 195a RVO. in der Fassung des bezeichneten Gesetzes und nach § 205a a. a. O. stets verschieden sind. In dem zuerst erwähnten Falle ist Träger des Anspruches die Wöchnerin, in letzterem Falle dagegen der Versicherte, zu dessen Familie die Wöchnerin gehört (zu vgl. Revisionsentsch. 2472, Amtl. Nachr. 1918 S. 424). Es handelt sich also um zwei selbständige Versicherungen, und daher erscheint auch die Gewährung von Leistungen aus jeder Versicherung an sich nicht ungerechtfertigt, zumal es sich hier um Leistungen handelt, die ihrer Natur nach im Gegensatze zu Sachleistungen mehrfach gewährt werden können.

Digitized by Google

C. Zur Unfallversicherung.

Gesetz, betreffend Änderungen in der Unfallversicherung.

Vom 11. April 1921 (RGBl. S. 467).

Der Reichstag hat das folgende Gesetz beschlossen, das mit Zustimmung des Reichsrats hiermit verkündet wird:

Art. I. — Im § 544 Abs. 1 Nr. 2, §§ 896, 923 Abs. 1 Nr. 2, § 1063 der Reichsversicherungsordnung wird das Wort „fünftausend" durch das Wort „vierzigtausend" ersetzt.

Art. II. — Der § 548 der Reichsversicherungsordnung erhält folgenden Wortlaut:

Die Satzung kann die Versicherungspflicht erstrecken

1. auf Betriebsunternehmer,
2. auf Hausgewerbtreibende (§ 162), die Unternehmer eines in den §§ 537, 538 bezeichneten Betriebs sind,
3. auf Betriebsbeamte, deren Jahresarbeitsverdienst vierzigtausend Mark an Entgelt übersteigt.

Art. III. — Der § 925 der Reichsversicherungsordnung erhält folgenden Wortlaut:

Die Satzung kann die Versicherungspflicht erstrecken auf

1. Unternehmer,
2. Betriebsbeamte, deren Jahresarbeitsverdienst vierzigtausend Mark an Entgelt übersteigt.

Art. IV. — Im § 550 Abs. 1, 2 und § 927 Abs. 1, 2 der Reichsversicherungsordnung wird das Wort „dreitausend" durch das Wort „vierzigtausend" ersetzt.

Art. V. — Im § 563 Abs. 2, § 732 Abs. 2, §§ 939, 1017 Abs. 2, §§ 1073, 1079 der Reichsversicherungsordnung wird das Wort „eintausendachthundert" durch das Wort „zehntausendzweihundert" ersetzt.

Art. VI. — Der § 1170 der Reichsversicherungsordnung erhält folgenden Wortlaut:

Übersteigt der Entgelt während der Beitragszeit im Jahresbetrage zehntausendzweihundert Mark, so wird vom Überschusse nur ein Drittel angerechnet; übersteigt er vierzigtausend Mark, so wird der Überschuß nur angerechnet, soweit die Satzung die Versicherung auf einen höheren Jahresarbeitsverdienst erstreckt hat.

Art. VII. — Die Vorschriften des § 936 Abs. 2, 3 der Reichsversicherungsordnung treten mit folgendem Wortlaut wieder in Kraft:

Den durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienst setzt das Oberversicherungsamt fest, und zwar getrennt für Männer und Frauen, für Versicherte unter sechzehn Jahren, für solche von sechzehn bis einundzwanzig Jahren und für die, welche über einundzwanzig Jahre alt sind. Die Versicherten unter sechzehn Jahren (Jugendliche) können nach § 150 Abs. 2 noch in junge Leute und Kinder geschieden werden. Auch nach Land- und Forstwirtschaft kann getrennt werden. Vor der Festsetzung hört das Oberversicherungsamt die Versicherungsämter, die Berufsgenossenschaften und anderen Träger der land- und forstwirtschaftlichen Unfallversicherung seines Bezirkes, den Bezirkswirtschaftsrat und die in seinem Bezirke hauptsächlich vertretenen Verbände der landwirtschaftlichen Arbeitgeber und Arbeitnehmer sowie die landwirtschaftlichen Vertretungskörper. Die zu hörenden Verbände und Vertretungskörper bezeichnet die oberste Verwaltungsbehörde. Bei der Festsetzung berücksichtigt das Oberversicherungsamt die Sätze für Barlöhne und Sachbezüge in den für seinen Bezirk zwischen landwirtschaftlichen Arbeitgebern oder Vereinigungen solcher und Vereinigungen landwirtschaftlicher Arbeitnehmer abgeschlossenen Tarifverträgen.

Das Versicherungsamt hört vor Abgabe seines Gutachtens die hauptsächlich in der Landwirtschaft beschäftigten Versicherungsvertreter. Es kann Gemeinde- und Krankenkassenvorstände hören.

Art. VIII. — Hinter § 936 der Reichsversicherungsordnung werden folgende Vorschriften eingefügt:

§ 936 a.

Die durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienste werden gleichzeitig im ganzen Reiche, und zwar zunächst für die Zeit bis zum 31. Dezember 1922, dann immer auf vier Jahre festgesetzt. Änderungen in der Zwischenzeit gelten nur bis zur nächsten allgemeinen Festsetzung.

Alle Änderungen treten erst zwei Monate nach ihrer Veröffentlichung in Kraft.

§ 936 b.

Der Reichsarbeitsminister veröffentlicht im „Zentralblatt für das Deutsche Reich" vor Beginn jedes Jahrviers eine Liste aller für dieses geltenden Festsetzungen sowie mindestens alljährlich eine Liste der inzwischen vorgenommenen Änderungen.

Art. IX. — Der § 1006 der Reichsversicherungsordnung erhält folgenden Wortlaut:

„Die Satzung kann einen einheitlichen Mindestbeitrag von höchstens zwanzig Mark jährlich bestimmen."

Art. X. — Im § 1059 der Reichsversicherungsordnung fallen die Worte:

„und bei dem Betriebe regelmäßig keine oder höchstens zwei Versicherungspflichtige gegen Entgelt beschäftigen"

weg.

Art. XI. — An die Stelle der §§ 1067 bis 1071 der Reichsversicherungsordnung treten folgende Vorschriften:

Digitized by Google

§ 1067.

Als Jahresarbeitsverdienst der Personen, die zur Besatzung von Seefahrzeugen gehören, mit Ausnahme der in Schlepper- und Leichterbetrieben Beschäftigten, gilt das Zwölffache des baren Entgelts (Heuer), der zur Zeit des Unfalls bei Anmustern oder Anwerben auf Grund des für die Beteiligten maßgebenden Tarifvertrags oder, falls ein solcher nicht vorhanden ist, des für die Mehrheit der Berufsgruppe maßgebenden Tarifvertrags für den Monat zu gewähren ist; dazu werden zwei Fünftel des Zwölffachen der für Vollmatrosen festgesetzten Monatsheuer als Geldwert der auf Seefahrzeugen gewährten Beköstigung gerechnet.

§ 1068.

Für die Klassen der Schiffsbesatzung, die neben Lohn oder Gehalt regelmäßige Nebeneinnahmen haben, wird auch deren durchschnittlicher Geldwert bei der Festsetzung des Jahresarbeitsverdienstes eingerechnet.

Soweit dieser durchschnittliche Geldwert nicht in einem zur Zeit des Unfalls geltenden Tarifvertrage (§ 1067) festgesetzt ist, setzt ihn der Vorstand der See-Berufsgenossenschaft mit Genehmigung des Reichsversicherungsamts jeweils für ein Jahr fest. Vor der Festsetzung sind die Vereinigungen der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer zu hören.

§ 1069.

Bei Personen der Schiffsbesatzung, für die eine Heuer in einem Tarifvertrage (§ 1067) nicht festgesetzt ist, werden drei Viertel der für Vollmatrosen festgesetzten Heuer gerechnet.

§ 1070.

Ein Tarifvertrag, dessen Geltungsdauer beendet ist, bleibt für die Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes nach den Vorschriften der §§ 1067 bis 1069 so lange maßgebend, bis ein neuer Tarifvertrag Gültigkeit erlangt hat, oder bis der Reichsarbeitsminister anderweite Vorschriften für die Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes gibt.

Art. XII. — Die Verordnung über die Gewährung von Zulagen zu Renten aus der Unfallversicherung vom 5. Mai 1920 (Reichs-Gesetzbl. S. 878) wird folgendermaßen geändert:

I. Im § 1 Satz 1, 2 tritt an die Stelle des Wortes „Februar" das Wort „Januar".

II. Im § 2 Zeile 9 und 16 tritt an die Stelle der Worte „31. Januar 1920" das Wort „1919".

III. Im § 4 treten an die Stelle der Worte „31. Januar 1920" die Worte „31. Dezember 1919".

IV. Im § 7 fällt die Anführung des § 1542 der Reichsversicherungsordnung weg.

Art. XIII. — Für das Jahr 1921 gilt die Verordnung über die Gewährung von Zulagen zu Renten aus der Unfallversicherung vom 5. Mai 1920 (Reichs-Gesetzbl. S. 878) mit der Maßgabe, daß die gemäß §§ 1 bis 6 der Verordnung zu gewährenden Zulagen verdoppelt werden.

Art. XIV. — Im § 577 Abs. 1 Schlußsatz und § 1084 Schlußsatz der Reichsversicherungsordnung wird das Wort „zweitausendfünfhundert" durch das Wort „fünfzehntausend" ersetzt.

Art. XV. — Die Bekanntmachung über die Unfallversicherung der Betriebsbeamten vom 15. November 1917 (Reichs-Gesetzbl. S. 1056) tritt mit dem 31. Dezember 1921 außer Kraft.

Art. XVI. — Die Vorschriften der Artikel I, II, III, V, VI, X treten mit Wirkung vom 1. Januar 1920 mit der Maßgabe in Kraft, daß bei der Feststellung des anrechnungsfähigen und des nach dem Gesetze versicherten Jahresarbeitsverdienstes für die Rentenberechnung auch die während des Jahres 1919 bezogenen Entgelte nach den neuen Vorschriften der Artikel I, V, VI berücksichtigt werden. Die Vorstände der Berufsgenossenschaften sind befugt, bei der Umlegung der Aufwendungen des Jahres 1920 die bisherigen Vorschriften anzuwenden.

Sind Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich nach dem 31. Dezember 1919 ereignet haben oder noch ereignen werden, nach den bisherigen Vorschriften rechtskräftig gewährt oder deshalb rechtskräftig abgelehnt, weil ein Unternehmer oder ein Betriebsbeamter nicht nach dem Gesetz oder der Satzung versichert war, so hat der Versicherungsträger die Feststellung nochmals zu prüfen. Führt die Prüfung zu einem dem Berechtigten günstigeren Ergebnis, oder wird es von dem Berechtigten beantragt, so ist ihm ein neuer Bescheid zu erteilen.

Art. XVII. — Die Vorschriften des Artikels XII treten mit Wirkung vom 8. Mai 1920 in Kraft.

Sind an Verletzte für Unfälle, die sich im Januar 1920 ereignet haben, bereits Zulagen auf Grund der bisherigen Vorschriften der §§ 1, 2 und 4 der Verordnung über die Gewährung von Zulagen zu Renten aus der Unfallversicherung vom 5. Mai 1920 (Reichs-Gesetzbl. S. 878) gezahlt worden, so werden sie auf die nach den neuen Vorschriften zu gewährenden Rentenbeträge angerechnet. Soweit nach den bisherigen Vorschriften höhere Leistungen gewährt wurden, sind sie weiter zu gewähren.

Art. XVIII. — Der § 1 der Verordnung des Bundesrats vom 30. September 1918 über Festsetzung des Jahresarbeitsverdienstes in der landwirtschaftlichen Unfallversicherung (Reichs-Gesetzbl. S. 1222) in der Fassung der Verordnung über Festsetzung des Jahresarbeitsverdienstes in der landwirtschaftlichen Unfallversicherung vom 6. August 1919 (Reichs-Gesetzbl. S. 1369) erhält folgenden vierten Absatz:

Digitized by Google

„Bei Unfällen, die sich nach dem 31. Dezember 1919, aber vor dem Inkrafttreten einer erstmaligen auf Grund des § 936 Abs. 2, 3 und des § 936a der Reichsversicherungsordnung erfolgten Festsetzung des durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienstes ereignet haben oder noch ereignen werden, ist die Rente nach einem Jahresarbeitsverdienste zu berechnen, der um fünfhundert vom Hundert höher ist als der zuletzt vor dem 1. August 1914 festgesetzte. Ist seitdem ein Jahresarbeitsverdienst festgesetzt worden, der den durch Satz 1 vorgeschriebenen übersteigt, so bleibt der höhere Jahresarbeitsverdienst für die Rentenberechnung maßgebend."

Sind Versicherungsleistungen für Unfälle, die sich nach dem 31. Dezember 1919 ereignet haben oder noch ereignen werden, nach den bisherigen Vorschriften rechtskräftig festgestellt, so hat der Versicherungsträger die Rentenberechnung nach Maßgabe des vorstehenden Absatzes erneut zu prüfen. Führt die Prüfung zu einem dem Berechtigten günstigeren Ergebnis oder wird es von dem Berechtigten beantragt, so ist ihm ein neuer Bescheid zu erteilen.

Art. XIX. — Das Gesetz tritt, unbeschadet der Vorschriften in den Artikeln XVI bis XVIII, mit dem Tage der Verkündung in Kraft. Der Reichsarbeitsminister kann mit Zustimmung des Reichsrats abweichende Vorschriften erlassen*).

Art. XX. — Das Reichsversicherungsamt bestimmt das Nähere über die Durchführung dieses Gesetzes und über das Verfahren.

Zulage, wenn der Verletzte neben einer Rente von 50 v. H. oder mehr noch eine Rente von weniger als 50 v. H. bezieht.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** (1. Rek. Sen.) vom 1. Dezember 1920 (Ia. 2490/20).

Gemäß § 8 Abs. 3 Satz 2 der Verordnung der Reichsregierung über die Gewährung von Zulagen zu Renten aus der Unfallversicherung vom 5. Mai 1920 (RGBl. S. 878) gilt für das vorliegende Verfahren § 1693 RVO. entsprechend. Da es sich um eine noch nicht festgestellte Auslegung einer gesetzlichen Vorschrift von grundsätzlicher Bedeutung handelt, ist der Abgabebeschluß auch zu Recht erfolgt. Das Reichsversicherungsamt ist daher zur Entscheidung der Sache zuständig.

Verletzten, die auf Grund der reichsgesetzlichen Unfallversicherung eine Rente von 50 v. H. oder mehr der Vollrente oder aber mehrere Renten von je weniger als 50 v. H. der Vollrente, deren Vomhundertsätze mindestens die Zahl 50 ergeben, aus Anlaß von Unfällen beziehen, die sich vor dem 1. Februar 1920 ereignet haben, ist nach § 1 Satz 1 und 2 der erwähnten Verordnung für die Zeit vom 1. Januar 1920 bis zum 31. Dezember 1921 eine monatliche, im voraus zahlbare Zulage zu ihrer Rente zu gewähren. Darüber, wie ein Rentenberechtigter zu behandeln ist, der eine Rente von 50 v. H. oder mehr und eine solche von weniger als 50 v. H. der Vollrente bezieht, enthält zwar die Verordnung keine Vorschrift. Dies rechtfertigt aber nicht etwa den Schluß, daß beabsichtigt gewesen sei, dem Verletzten in Fällen der letzterwähnten Art eine Zulage lediglich zu der Unfallrente von 50 v. H. oder mehr zu gewähren. Andernfalls würde beispielsweise ein Verletzter, der zwei Renten von je 45 v. H., und ebenso ein Verletzter, der zwei Renten von je 50 v. H. bezieht, eine Zulage zu beiden Renten erhalten, während einem Verletzten, der eine Rente von 50 v. H. und eine weitere Rente von 45 v. H. bezieht, nur eine Zulage zu der Rente von 50 v. H. zu zahlen wäre. Ferner würde z. B. einem Verletzten, der bisher eine Rente von 45 v. H. und eine solche von 50 v. H. bezogen hat, im Falle der Minderung der zweiten Rente nunmehr eine Zulage zu seinen beiden Renten zu gewähren sein, während ihm vorher eine Zulage nur zu der Rente von 50 v. H. zu zahlen gewesen wäre. Eine derartige Unbilligkeit kann beim Erlaß der Verordnung vom 5. Mai 1920 nicht gewollt sein. Offenbar hat man vielmehr für selbstverständlich gehalten, daß, wenn ein Verletzter, der zwei Renten von je weniger als 50 v. H. bezieht, deren Vomhundertsätze zusammen die Zahl 50 erreichen, Anspruch auf die Zulage zu seinen beiden Renten auf Grund der Verordnung hat, der gleiche Anspruch von einem Verletzten erhoben werden kann, der eine Rente von 50 v. H. oder mehr der Vollrente und eine solche von weniger als 50 v. H. bezieht. Es muß angenommen werden, daß aus diesem Grunde von einer entsprechenden ausdrücklichen Bestimmung abgesehen worden ist. Das Reichsversicherungsamt hat hiernach keine Bedenken getragen, den § 1 der Verordnung vom 5. Mai 1920 dahin auszulegen, daß Verletzten, die eine Unfallrente von 50 v. H. oder mehr der Vollrente und daneben eine weitere Unfallrente von weniger als 50 v. H. beziehen, eine Zulage auch zu der letzteren Rente zu gewähren ist.

*) Verkündet durch Ausgabe des RGBl. in Berlin am 15. 4. 21.

Digitized by Google

D. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Gesetz zur Ergänzung des Gesetzes über eine außerordentliche Beihilfe für Empfänger von Renten aus der Invalidenversicherung vom 26. Dezember 1920 (R.G.Bl. S. 2315).

Vom 7. April 1921 (RGBl. S. 472).

Der Reichstag hat das folgende Gesetz beschlossen, das mit Zustimmung des Reichsrats hiermit verkündet wird:

Art. I. — Das Gesetz über eine außerordentliche Beihilfe für Empfänger von Renten aus der Invalidenversicherung vom 26. Dezember 1920 (Reichs-Gesetzbl. S. 2315) wird wie folgt geändert:

1. Im § 1 tritt an die Stelle des Abs. 2 folgende Vorschrift:

Die Beihilfe steht Personen, die auf Grund des Reichsversorgungsgesetzes vom 12. Mai 1920 (Reichs-Gesetzbl. S. 989) oder anderer Militärversorgungsgesetze eine Versorgung erhalten, nur insoweit zu, als die zu gewährende Beihilfe die gewährte Versorgung übersteigt.

2. Im § 4 Abs. 2 wird als Satz 2 eingefügt:

Im Falle des § 1 Abs. 2 stellt der Versicherungsträger, der die Rente aus der Invalidenversicherung gewährt, auf Antrag des Berechtigten den auszuzahlenden Betrag der Beihilfe fest und versieht die Post mit entsprechender Anweisung.

3. Im § 5 wird der Abs 1 durch folgende Vorschrift ersetzt:

Zur Deckung der Aufwendungen für die Beihilfe werden die durch § 1392 der Reichsversicherungsordnung in der Fassung des Artikels II des Gesetzes über Abänderung der Leistungen und der Beiträge in der Invalidenversicherung vom 20. Mai 1920 (Reichs-Gesetzbl. S. 1091) festgesetzten Beiträge vom 20. Dezember 1920 ab verdoppelt. Von diesem Tage ab werden die auf Grund der genannten Vorschrift ausgegebenen Beitragsmarken zum doppelten Geldwert verkauft. Satz 2 gilt auch in den Fällen in denen für zurückliegende Zeiten Beiträge durch Verwendung von Beitragsmarken zu entrichten sind.

4. Im § 6 wird als Satz 2 eingefügt:

Dies gilt nicht für das Berichtigungsverfahren (§§ 1462 ff., 1469 der Reichsversicherungsordnung).

5. An die Stelle des § 8 tritt folgende Vorschrift:

Die oberen Postbehörden teilen den Versicherungsträgern monatlich mit, welcher Mehrerlös aus dem Verkaufe der Beitragsmarken (ohne Zusatzmarken) zur Deckung der Beihilfen erzielt worden ist.

In welcher Weise die Aufwendungen für die Beihilfen zu ermitteln sind, bestimmt das Reichspostministerium nach Einvernehmen mit dem Reichsversicherungsamte. Das Ergebnis der Ermittlungen wird den Versicherungsträgern vom Reichspostministerium mitgeteilt.

6. Der § 9 erhält folgende Fassung:

Das Gesetz tritt unbeschadet der Vorschrift des § 5 am 1. Januar 1921 in Kraft.

Art. II. — Dieses Gesetz tritt mit Wirkung vom 1. Januar 1921 in Kraft, soweit Artikel I Nr. 3 nichts anderes vorschreibt.

Art. III. — Der Reichsarbeitsminister wird ermächtigt, das Gesetz vom 26. Dezember 1920 in der Fassung zu veröffentlichen, die sich aus diesem Gesetz ergibt.

Bekanntmachung, betreffend die jetzige Fassung des Gesetzes über eine außerordentliche Beihilfe für Empfänger von Renten aus der Invalidenversicherung.

Vom 11. April 1921 (RGBl. S. 473)*).

Die Fassung des Gesetzes über eine außerordentliche Beihilfe für Empfänger von Renten aus der Invalidenversicherung vom 26. Dezember 1920 (Reichs-Gesetzbl. S. 2315) wird auf Grund des Artikels III des zu seiner Ergänzung erlassenen Gesetzes vom 7. April 1921 (Reichs-Gesetzbl. S. 472) nachstehend bekanntgemacht:

§ 1. — Empfänger von Renten, denen auf Grund des Gesetzes über Abänderung der Leistungen und der Beiträge in der Invalidenversicherung vom 20. Mai 1920 (Reichs-Gesetzbl. S. 1091) eine Zulage gewährt wird, erhalten vom 1. Januar 1921 ab bis auf weiteres eine Beihilfe.

Die Beihilfe steht Personen, die auf Grund des Reichsversorgungsgesetzes vom 12. Mai 1920 (Reichs-Gesetzbl. S. 989) oder anderer Militärversorgungsgesetze eine Versorgung erhalten, nur insoweit zu, als die zu gewährende Beihilfe die gewährte Versorgung übersteigt.

§ 2. — Die Beihilfe beträgt für Empfänger einer Invaliden-, Alters-, Witwen- oder Witwerrente monatlich vierzig Mark, für Empfänger einer Waisenrente monatlich zwanzig Mark.

§ 3. — Die Beihilfe wird monatlich im voraus gezahlt. Sie wird im vollen Betrage gezahlt, auch wenn der Empfänger nur einen Bruchteil der Rente erhält.

Die Beihilfe wird nicht länger als drei Monate rückwärts, jedoch nicht für Zeiten, die vor dem 1. Januar 1921 liegen, gewährt.

§ 4. — Die Beihilfe wird durch die Post ausgezahlt.

Die oberste Postbehörde bestimmt das Nähere. Im Falle des § 1 Abs. 2 stellt der Versicherungsträger, der die Rente aus der Invalidenversicherung gewährt, auf Antrag des Berechtigten den auszuzahlenden Betrag der Beihilfe fest und versieht die Post mit entsprechender Anweisung.

Leistet eine Sonderanstalt ihre Zahlungen ohne Vermittlung der Post, so hat sie auch die Beihilfe auszuzahlen.

---

*) Zu dieser Rechtsänderung werden wir im nächsten Heft erläuternde Ausführungen von den Herren Landesrat Dr. Brunn und Versicherungsamts-Direktor Dr. Jaeger bringen. (Schriftleitung.)

Digitized by Google

§ 5. — Zur Deckung der Aufwendungen für die Beihilfe werden die durch § 1392 der Reichsversicherungsordnung in der Fassung des Artikels II des Gesetzes über Abänderung der Leistungen und der Beiträge in der Invalidenversicherung vom 20. Mai 1920 (Reichs-Gesetzbl. S. 1091) festgesetzten Beiträge vom 20. Dezember 1920 ab verdoppelt. Von diesem Tage ab werden die auf Grund der genannten Vorschrift ausgegebenen Beitragsmarken zum doppelten Geldwert verkauft. Satz 2 gilt auch in den Fällen, in denen für zurückliegende Zeiten Beiträge durch Verwendung von Beitragsmarken zu entrichten sind.

Die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über die Entrichtung der Beiträge durch die Arbeitgeber (§§ 1426 ff.) finden entsprechende Anwendung.

Zusatzmarken (§ 1472 der Reichsversicherungsordnung) werden, wie bisher, zum Nennwert verkauft.

§ 6. — Bei Erstattung und Umtausch von Beiträgen wird lediglich der einfache Geldwert zugrunde gelegt. Dies gilt nicht für das Berichtigungsverfahren (§§ 1462 ff., 1469 der Reichsversicherungsordnung).

§ 7. — Bis zum Eingang der erhöhten Beiträge leistet das Reich Vorschüsse für die Zahlung der Beihilfe. Die Vorschüsse werden aus den eingegangenen Beiträgen erstattet.

§ 8. — Die oberen Postbehörden teilen den Versicherungsträgern monatlich mit, welcher Mehrerlös aus dem Verkaufe der Beitragsmarken (ohne Zusatzmarken) zur Deckung der Beihilfen erzielt worden ist.

In welcher Weise die Aufwendungen für die Beihilfen zu ermitteln sind, bestimmt das Reichspostministerium nach Einvernehmen mit dem Reichsversicherungsamte. Das Ergebnis der Ermittlungen wird den Versicherungsträgern vom Reichspostministerium mitgeteilt.

§ 9. — Das Gesetz tritt unbeschadet der Vorschrift des § 5 am 1. Januar 1921 in Kraft.

Sprechsaal.

Zur Frage der Übertragung der Beitragskontrolle von den Versicherungsanstalten auf die Krankenkassen

erhalten wir von der Allg. Ortskrankenkasse für den Kreis Schleiden mit Bezug auf die Ausführungen des Dr. Tenhaeff in Köln im Heft 11 S. 204 ff. folgende Zuschrift:

Wie die Ortskrankenkasse Köln, so wird wohl noch manche Kasse durch Revisionen erhebliche Summen gerettet haben. Obwohl ja eine Pflicht der Arbeitgeber nicht besteht, dem Krankenkassenbeamten die Lohnliste vorzulegen, so kann man dieses doch auf gütlichem Wege bei vielen Arbeitgebern erreichen. Wir prüfen seit Jahren an Hand der Hebekonten nach den Lohnlisten mit Einverständnis der Arbeitgeber und finden sehr viele Unstimmigkeiten, was der Kasse manche Summe einbringt. In den ländlichen Bezirken fehlt vielfach noch den Leuten die nötige Aufklärung. In letzter Zeit gingen uns von einem Arbeitgeber Beschwerden darüber ein, daß er Leute eingestellt habe, die monatelang ununterbrochen vorher bei einem andern Arbeitgeber beschäftigt waren, ohne daß eine einzige Invalidenmarke verwendet wurde.

Wir selbst finden bei Revisionen, daß kleine Arbeitgeber mit einem oder zwei Gesellen arbeiten, ohne einen einzigen zu versichern. Vielfach schließen die Leute ein mündliches Übereinkommen, daß sie auf die Kranken- und Invalidenversicherung verzichten; wenn der Arbeitgeber damit einverstanden ist, unterbleibt die Anmeldung. Dem Krankenkassenbeamten, der diese Sachen verfolgt und aufdeckt, steht natürlich kein Recht zu, sich nach der Verwendung der Invalidenmarken zu erkundigen.

Wir haben uns an die Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz gewandt mit der Anfrage, ob sie uns erlaube, bei unseren Revisionen für die Kasse auch gleichzeitig für die LVA. die Ermittlungen zu machen. Die Kosten, welche der LVA. entstehen, sind sehr gering und stehen absolut in keinem Verhältnis zu dem, was der Versicherungsanstalt die zeitweise Revision eines ihrer Beamten kostet. Hierauf erwiderte die LVA., daß sie grundsätzlich den Krankenkassen die Revision nicht übertragen könnte; sie wollte aber in nächster Zeit einen Revisionsbeamten nach hier senden. Wir fragen: ist es überhaupt einem auswärtigen Revisionsbeamten möglich, einen ausgedehnten Kreis so zu revidieren, daß die LVA. auch nur etwas dabei erreicht? Wir, die wir mit den Verhältnissen eines ausgedehnten Kreises bekannt sind, verneinen diese Frage entschieden. Es werden sich unserer Ansicht noch viele ländliche Kassen anschließen. Braucht doch die Kasse selbst monatelang, um einen ganzen Kreis so zu revidieren, daß ganze Arbeit gemacht ist. Es ist direkt ausgeschlossen, daß die Revisionsbeamten der Versicherungsanstalten bei einem vorübergehenden Aufenthalt das erreichen, was durch die Kassen erreicht würde. Durch Übertragung dieser Arbeit wenigstens auf diejenigen Kassen, die Revisionen vornehmen, würde sich für die Versicherungsanstalten das ganze Verfahren wesentlich verbilligen, und es wären ständige Kontrollbeamte vorhanden, welche mit den örtlichen Bezirken oder in den ausgedehnten Kreisen durch und durch bekannt sind.

Wünsche aus der Landwirtschaft zur Krankenversicherung.

Durch die „Verordnung über Krankenversicherung“ vom 3. Februar 1919 ist (§ 9) bestimmt worden: „Neue Befreiungen von der Versicherungspflicht auf Grund des § 418 RVO. finden nicht mehr statt.“ Bereits bewirkte Befreiungen erlöschen mit dem 31. Dezember 1919. Die frühere Befreiungsmöglichkeit ist also seit rund 1½ Jahren gänzlich aufgehoben. Jetzt werden mehrfach Stimmen laut, die eine Wiedereinführung jener Befreiungen oder wenig-

Digitized by Google

stens eine Milderung des jetzigen Zustandes fordern. Mitte Februar brachte die Pommersche Tagespost (Stettin) einige dahin gerichtete Artikel, und am 23. Februar 1921 auch die „Deutsche Tageszeitung" in Berlin. Der Verfasser des letztgedachten Aufsatzes, v. Zitzewitz-Beßwitz, führt hier aus, daß beim Zustandekommen der Reichsversicherungsordnung es namentlich die alte konservative Partei war, die auf diese Befreiung besonderen Wert legte. Bei den Verhandlungen wurde von allen Parteien, namentlich aber auch von der Regierung, anerkannt, daß hierdurch dem patriarchalischen Verhältnis, wie es noch vielfach mit seinen segensreichen Rückwirkungen auf dem Lande bestanden habe, Rechnung getragen würde. Er, der Verfasser, könne nur immer wieder betonen, daß das patriarchalische Verhältnis zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber auf dem Lande das einzig richtige ist, um die deutsche Landwirtschaft leistungsfähig, ja lebensfähig zu erhalten. Man muß nur unter dem patriarchalischen Verhältnis das verstehen, was es wirklich ist. Heute werde der Klassenkampf auf das Land getragen. Das war auch das leitende Motiv bei der Aufhebung des § 418 RVO. Bildete doch die darin gesetzlich verankerte Krankenfürsorge des Arbeitgebers für den Arbeiter ein wertvolles Bindeglied zwischen diesen beiden. Wie leicht könnte sich da ein Vertrauensverhältnis anbahnen, das die verhetzende, nur den Klassenkampf schürende Tätigkeit eines Gewerkschaftssekretärs unnötig, ja lächerlich machte! Durch die Aufhebung der Befreiungsmöglichkeit sei die Krankenfürsorge auf dem Lande nicht besser geworden. Jeder einsichtige Landarbeiter hat das bereits in dem einen Jahr der Aufhebung des § 418 erkannt. Selbst die Großgrundbesitzer, die früher einer unnötigen Gleichmacherei zuliebe für die Aufhebung dieses Paragraphen eingetreten seien, weil die weniger leistungsfähigen Arbeitgeber von ihm ausgeschlossen wurden, sehen heute ein, daß es besser gewesen wäre, den § 418 zu behalten.

Nach längeren Darlegungen kommt v. Zitzewitz-Beßwitz zu dem Ergebnis: „Wir müssen danach schreien, daß der § 418 RVO. nicht nur wieder in Kraft tritt, sondern daß er dahin erweitert und so ausgebaut wird, daß auch nicht leistungsfähige Landwirte durch Zusammenschluß zu irgendwelchen leistungsfähigen Verbänden in der Lage sind, die in ihrem Betriebe Beschäftigten von der Krankenkasse zu befreien und die Krankenfürsorge selbst zu übernehmen. Erreichen werden wir freilich auch hier nur etwas, wenn wir Landwirte uns eng zusammenschließen und immer wieder bei der Regierung durch Petitionen und Eingaben versuchen, sie vom grünen Tisch in die Wirklichkeit, von der einseitigen Förderung des gewerkschaftlichen Gedankens zur positiv aufbauenden Tätigkeit im Interesse des ganzen Vaterlandes zu führen. Deshalb bitte ich alle Berufsgenossen: Landarbeiter, Angestellte, große und kleine Besitzer, sich mit diesen Ausführungen einverstanden zu erklären und in ihren Kreisen dahin zu wirken, daß folgende Forderung mit möglichst viel Unterschriften an die zuständigen Stellen geschickt wird:

„Die Unterzeichneten haben jetzt schon die Erfahrung gemacht, daß durch die Aufhebung des § 418 der Reichsversicherungsordnung die Krankenfürsorge auf dem Lande in keiner Weise gefördert wurde, sondern im Gegenteil nur verschlechtert und verteuert ist. Es wird daher gefordert und beantragt, daß dieser Paragraph wieder in Gültigkeit tritt und dahin erweitert und vervollständigt wird, daß nicht leistungsfähige Besitzer in der Lage sind, sich zu Verbänden zu vereinigen, die an Stelle einzelner nicht leistungsfähiger Besitzer die Durchführung der Krankenfürsorge im Sinne des § 418 übernehmen."

Auf die wirtschaftspolitischen Ansichten des Herrn v. Zitzewitz-Beßwitz sei hier nicht eingegangen. Man würde diesen und seine gleichgesinnten Berufsgenossen doch nicht belehren. Aber vom Standpunkt einer gediegenen Krankenfürsorge für die Arbeiter aus — der nur allein maßgebend sein kann — sei doch gesagt, daß der beseitigte § 418 RVO. ein Pfahl im Fleische der ganzen Krankenversicherung war (zu vgl. ArbVers. 1916 S. 761). Er schädigte nicht nur in ganz hohem Maße die Krankenkassen, sondern auch die Versicherten und die Arbeitgeber. Die Krankenkassenverwaltungen haben sich ständig und wohl ohne Ausnahme gegen die Befreiungsmöglichkeit gewendet, und zwar nicht nur die in den Augen des Herrn v. Zitzewitz wohl politisch verdächtigen Ortskrankenkassen, sondern noch mehr die Landkrankenkassen alten Stils, d. h. zu einer Zeit, als die Kassenorgane noch nicht aus Wahlen aller Versicherten und Arbeitgeber hervorgingen. Es sei hier auf die „statistische Skizze" über „die deutschen Landkrankenkassen" verwiesen, die Karl Unger, Geschäftsführer und Verbandsrevisor des Brandenburgischen Landkrankenkassenverbandes, im Jahre 1918 herausgegeben hat. Aus seinen Darlegungen geht die große Mangelhaftigkeit der Leistungen der Landkrankenkassen hervor, und er führt die Unzulänglichkeiten allein auf die in den §§ 418, 435 RVO. vorgesehenen Befreiungsmöglichkeiten zurück. Bei den 279 von einer Statistik Ungers erfaßten Landkrankenkassen hatten 4336 Arbeitgeber 182 770 Mitglieder befreit. Das waren 15 v. H. des Gesamtbestandes an Mitgliedern. Dadurch erlitten die Kassen einen Beitragsausfall von drei Millionen Mark. Eine Landkrankenkasse hatte 12 000 Befreite und nur 751 versicherte Mitglieder. Da war es allerdings ein Hohn, von Versicherungspflicht der Landarbeiter zu sprechen. Dem Geschäftsführer eines Landkrankenkassenverbandes muß man über diese Fragen schon ein sachverständiges Urteil zutrauen.

Für die Versicherten zeigte die Praxis nicht selten, daß sie im Bedarfsfalle alle Not hatten, um in den „Genuß" einer kärglichen Fürsorge zu kommen. Der landwirtschaftliche Unternehmer hatte sich wohl zu einer den Leistungen der zuständigen Krankenkasse gleichwertigen Hilfe verpflichtet, wenn es aber im einzelnen Falle wirklich darauf ankam, sie zu gewähren, dann haperte es an allen Ecken. Ich habe in meiner früheren Eigenschaft als Arbeitersekretär eine ganze Anzahl von Fällen durchfechten müssen, in denen landwirtschaftliche Unternehmer die wohlbegründeten Ansprüche von „Befreiten" auf Krankenhilfe mit den verschiedensten Einwänden bestritten. Wenn in dem langwierigen Streitverfahren der Versicherte schließlich zu seinem Recht kam, dann war er entweder längst wieder gesund oder — gestorben. Die ganze durch § 418 RVO. geregelte Krankenfürsorge durch die Person des Unternehmers erhöht auch die Abhängigkeit des Arbeiters von diesem. Bei den namentlich in den letzten Jahren sehr ausgebauten Unterstützungseinrichtungen der Krankenkassen wird es auch manchem landwirtschaftlichen Arbeitgeber — trotz seiner festgestellten Leistungsfähigkeit — tatsächlich oder auch nur im „guten Glauben" schwerfallen, einen langwierigen und schweren Unterstützungsfall zu befriedigen. Übrigens — wenn es den landwirtschaftlichen Unternehmern mit ihren Bestrebungen nur darauf ankommt, eine bessere Krankenfürsorge zu erreichen, so steht ihnen ja nichts im Wege, trotz aller Befreiung ihre Hilfe fortzusetzen.

Digitized by Google

Der Vorschlag, den nicht leistungsfähigen landwirtschaftlichen Besitzern zu gestatten, sich zu Verbänden zu vereinigen, die an Stelle einzelner nicht leistungsfähiger Besitzer die Krankenfürsorge übernehmen, kann überhaupt nicht ernstlich zur Erörterung gezogen werden. Wenn der einzelne nichts leisten kann, so werden die vereinigten Zahlungsunfähigen auch nichts leisten können, es sei denn, daß sie regelmäßige Beiträge entrichten, was darauf hinausliefe, daß man eine neue Krankenkasse unter Ausschluß der Versicherten in der Verwaltung hätte. Es scheint, daß man recht viel von dem Gesetzgeber verlangt, in der Annahme, dann wenigstens etwas zu erhalten.

Eine andere hierhergehörende Angelegenheit wird in einem Artikel der Korrespondenz des Bundes der Landwirte berührt. Die Frage der Krankenversicherungspflicht der im landwirtschaftlichen Betriebe des Vaters beschäftigten Hauskinder — so heißt es dem Sinne nach dort — bewegt seit langem die Gemüter. Besonders in letzter Zeit haben wir hier aus den verschiedensten Gegenden Klagen über ein rigoroses Vorgehen der zuständigen Landkrankenkassen erhalten. Nach Aufhebung des § 418 RVO., der bisher dem Arbeitgeber auf Antrag die Berechtigung gab, die in seinen Diensten stehenden Arbeitnehmer von der Krankenversicherungspflicht zu befreien, herrscht eine durchaus ungeklärte rechtliche Lage. Die meisten Landkrankenkassen halten die Zeit für gekommen, um den Kreis ihrer Mitglieder nach ihrem Sinne auszudehnen, und sind bestrebt, auch die in den elterlichen landwirtschaftlichen Betrieben beschäftigten Söhne und Töchter des Unternehmers zur Versicherung heranzuziehen. In dem hiergegen von den Betroffenen anhängig gemachten Streitverfahren haben sich die oberen Instanzen fast ausnahmslos auf den Standpunkt der Kassen gestellt und dabei leider auch die Unterstützung des Reichsarbeitsministeriums gefunden, während vereinzelt sich Oberversicherungsämter zu dem Standpunkt bekannten, daß Hauskinder nicht im Sinne des Gesetzes als Arbeitnehmer zu betrachten sind, und demnach auch auf Ablehnung einer Versicherungspflicht der Hauskinder erkannten. Wir haben sonach, so heißt es weiter, auf dem Gebiete der Krankenversicherung der Hauskinder eine durchaus ungeklärte rechtliche Lage. Unser Standpunkt geht dahin: Hauskinder, die im Betriebe des Vaters beschäftigt sind, wollen ihre Tätigkeit nicht auf Grund eines Arbeitsvertrages ausüben, sondern sie als Ausfluß des familiären Verhältnisses und gegenseitiger Unterstützung betrachtet wissen, in dem Eltern und Kinder leben. Außerdem ist es ein Unding, die Wohltaten der Sozialversicherung ausdehnen zu wollen auf Schichten der Bevölkerung, für die sie zweifellos nicht geschaffen worden ist. Eine Änderung dieses unhaltbaren Zustandes ist zur Zeit nur möglich durch Änderung des bestehenden Gesetzes, der Reichsversicherungsordnung. Der Vorsitzende des Bundes der Landwirte, Abg. Dr. Roesicke, hat sich daher veranlaßt gesehen, einen Antrag vorzubereiten, nach dem in § 176 RVO. die Worte „die ohne eigentliches Arbeitsverhältnis und ohne Entgelt" zu streichen, so daß die Ziffer 2 lauten würde: „Versicherungsberechtigte Personen sind Familienangehörige des Arbeitgebers, die in seinem Betriebe tätig sind." Mit dieser Regelung wird die Hauskinderversicherung einer klaren und befriedigenden Lösung zugeführt, denn an Stelle der Versicherungspflicht wird die Versicherungsberechtigung gesetzt, d. h. es bleibt jedem Hauskinde, das in dem Betriebe des Vaters tätig ist, freigestellt, ob es von der staatlichen Krankenversicherung Gebrauch machen will oder nicht.

Auch einer solchen Änderung des Gesetzes kann nicht das Wort geredet werden. Es ist keine Schikane gegen die landwirtschaftlichen Unternehmer, sondern schon längst vor Einführung der Reichsversicherungsordnung bestehende Rechtsübung, daß Familienangehörige des Arbeitgebers, die in dem Betriebe mitarbeiten wie alle anderen Arbeiter, nicht lediglich deshalb befreit sind, weil sie Familienangehörige sind. Das ist auch ganz richtig so. Denn wenn ein derartiges Familienmitglied — womöglich gar ein verheiratetes — erwerbsunfähig erkrankt, so fällt es dem Arbeitgeber (in der Regel sind es natürlich kleine Handwerker und Landwirte) äußerst schwer, die Krankenfürsorge auf längere Zeit zu bestreiten. Meist wird es ihnen überhaupt unmöglich sein. Die Versicherung beeinträchtigt auch die Familienzusammengehörigkeit und den Familiensinn nicht im geringsten. Was bislang im Gewerbe und Handwerk sich bewährt hat, ist auch für die Landwirtschaft zweckmäßig.

Bürgermeister Fr. Kleeis in Aschersleben.

Beantwortung von Anfragen.

Rechtsauskünfte aus unserem Arbeitsgebiet erteilen wir den Beziehern unserer Zeitschrift bereitwillig, ohne indessen eine Verpflichtung oder eine zivilrechtliche Haftung zu übernehmen. Für schriftliche Auskunft wird Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten, und zwar auch dann, wenn nur Bescheid durch die Zeitschrift erbeten, die Sache aber zur Veröffentlichung an dieser Stelle nach unserem Ermessen nicht geeignet ist.

Zur Anwendung des § 197 RVO. auf Ersatzkassen.

1. Nach B. Antwort: § 197 bestimmt: „Ist die Wöchnerin während des letzten Jahres bei mehreren Krankenkassen, knappschaftlichen Krankenkassen oder Ersatzkassen versichert gewesen, so haben die anderen der leistungspflichtigen Kasse auf Verlangen die Leistungen aus den §§ 195a, 195c, 196 nach Verhältnis der Mitgliedzeit zu erstatten...." Diese Fassung läßt keinen Zweifel zu, daß auch eine Ersatzkasse ebensowohl zur Erstattung von Leistungen verpflichtet, wie zur Forderung anteiliger Erstattung berechtigt sein kann, und zwar sowohl gegenüber einer anderen Ersatzkasse als auch gegenüber einer Krankenkasse im Sinne des § 225 RVO., oder gegenüber einer knappschaftlichen Krankenkasse. Krause (Kommentar zum Wochenhilfegesetz Anm. 3 zu § 197) bemerkt aber: „Die Versicherung bei einer Ersatzkasse kommt nur insoweit und für die Zeit in Betracht, in welcher für die versicherungspflichtige Wöchnerin, die Mitglied einer Ersatzkasse ist, gemäß § 517 RVO. auf ihren Antrag die eigenen Rechte und Pflichten als Mitglied der

Digitized by Google

Krankenkasse ruhen." Auf den ersten Blick kann das auffällig und unbillig erscheinen, weil bei den anderen Krankenkassen (§ 225) und den knappschaftlichen Krankenkassen es sowohl für den Anspruch auf anteilige Erstattung als auch für die Erstattungspflicht nur darauf ankommt, daß die Wöchnerin bei diesen Kassen „versichert", nicht aber, daß sie „versicherungspflichtig" gewesen ist. Allein von einer Unbilligkeit kann nicht die Rede sein, wenn man beachtet, daß nach dem oben Bemerkten dem Mangel einer Erstattungs*forderung* der Ersatzkasse für Leistungen an nichtversicherungspflichtige Wöchnerinnen doch anderseits der Mangel einer Erstattungs*pflicht* der Ersatzkasse auf Grund früherer Mitgliedschaft von nichtversicherungspflichtigen Wöchnerinnen gegenübersteht. Und so aufgefaßt, erscheint die von Krause vertretene Auffassung auch innerlich begründet. Die Ersatzkassen sind Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit im Sinne des Ges. vom 12. 5. 01 (RGBl. S. 139), die nur in gewissen Grenzen und unter gewissen Voraussetzungen an die Stelle der Pflichtkrankenkassen treten können (§§ 517 ff. RVO.). Im übrigen gelten für sie die Vorschriften der RVO. nur, soweit diese es bestimmt. Wenn § 197 voraussetzt, daß die Wöchnerin bei mehreren Krankenkassen, knappschaftlichen Krankenkassen oder Ersatzkassen versichert gewesen ist, so kann das nur auf Fälle bezogen werden, in denen die Ersatzkasse in gewissen Grenzen die Aufgaben der Pflichtkasse übernimmt, also wenn die versicherungspflichtige Wöchnerin das Ruhen ihrer Rechte und Pflichten nach § 517 erwirkt hat. Nur in diesen Fällen kommt der an sich den Vorschriften der RVO. nicht unterliegende Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit als Ersatzkasse im Sinne des § 197 in Betracht (zu vgl. über eine entsprechend einschränkende Auslegung des Wortes „Ersatzkasse": Entsch. des RVA. 2117 in ArbVers. 1916 S. 771). — Hieraus ergibt sich ohne weiteres die Antwort auf Ihre drei Fragen.

Ungetrennte Abstimmung im Ausschuß bei Aufhebung der Zusatzbeiträge für Familienhilfe.

2. **Nach Halle a. S.** *Antwort:* Bei Satzungsänderungen, welche die Kassenbeiträge betreffen, genügt nach § 345 Abs. 3 RVO. — abgesehen von §§ 388, 389 RVO. — ungetrennte Abstimmung im Ausschuß. Zu den Beiträgen gehören auch die Zusatzbeiträge, welche Kassen mit Familienhilfe nach § 384 Abs. 2 erheben „können". Eine Kasse, die solche Beiträge erhebt, „kann" hiernach auch die Satzung dahin ändern, daß Zusatzbeiträge für die Familienhilfe nicht mehr erhoben werden. Eine solche Änderung fällt unter die Vorschrift des § 345 Abs. 3, daß ungetrennte Abstimmung nicht erforderlich ist. Dies folgt zweifelsfrei aus dem zweiten Satze des § 384 Abs. 2. Dort sind die Vorschriften über Beitragserhebung angeführt, welche für Zusatzbeiträge nicht gelten. Der § 345 Abs. 3 aber ist daselbst nicht erwähnt.

Krankenversicherung des bei seinem Vater beschäftigten Lehrlings.

3. **Nach Stuttgart.** *Antwort:* Wenn ein Schuhmachermeister seinen Sohn in seinem Fach regelrecht ausbildet, so beschäftigt er ihn als Lehrling, und es liegt kein Grund vor, die Versicherungspflicht auszuschließen, die ja für Lehrlinge auch dann besteht, wenn sie kein Entgelt erhalten. Das Verwandtschaftsverhältnis steht der Annahme eines versicherungspflichtigen Lehrverhältnisses nicht entgegen, wie sich aus § 174 Ziff. 2 RVO. ergibt. Auch das jugendliche Alter — 13½ Jahre — nötigt nicht zu einer anderen Auffassung. Dagegen können Kost und Wohnung im vorliegenden Falle nicht als Entgelt betrachtet werden. Denn beides muß von dem Vater dem Sohne, der noch nicht imstande ist, sich selbst zu unterhalten, auf Grund seiner durch das Verwandtschaftsverhältnis gemäß §§ 1601 ff. BGB. begründeten Unterhaltspflicht gewährt werden. Nach § 1610 Abs. 2 gehören zum Unterhalt zwar die Kosten der Vorbildung zu einem Berufe. Nicht aber liegt dem Unterhaltspflichtigen die Pflicht ob, den Unterhaltsberechtigten zu einem Beruf selbst auszubilden. Das Lehrverhältnis als solches ist also nicht ein Ausfluß der Unterhaltspflicht. Es sei übrigens darauf hingewiesen, daß der Vater die Befreiung seines bei ihm als Lehrling beschäftigten Sohnes von der Krankenversicherungspflicht gemäß § 174 Ziff. 2 beantragen kann.

Erstattung der 50 Mark übersteigenden Hebammenkosten; Totgeburt.

4. **Nach Berlin-Tempelhof.** *Antwort:* Voraussetzung für den Anspruch auf Wochenhilfe ist, daß eine Entbindung stattgefunden hat, das heißt, es muß an sich die Möglichkeit der Geburt eines lebensfähigen Kindes bestanden haben (vgl. *Hahn*, Handb. der KrVers., Anm. 2 zu § 195). Unter dieser Voraussetzung begründet auch eine Totgeburt den Anspruch auf Wochenhilfe. Es ist dann zu gewähren der Entbindungsbeitrag von 50 ℳ und das Wochengeld. Ein Anspruch auf Erstattung der vollen, den Betrag von 50 ℳ übersteigenden Entbindungskosten besteht nicht. Sollte freilich die Entbindung anormal verlaufen sein, so daß sie eine Krankheit im Sinne der Krankenversicherung darstellte, so müßte die Kasse die vollen Kosten der von der Hebamme geleisteten ärztlichen Behandlung erstatten, sofern diese Hilfeleistung vom Arzte angeordnet war oder ein dringender Fall vorlag und ein approbierter Arzt nicht hinzugezogen werden konnte (§ 122 RVO.).

Versicherungsrechtliche Stellung von Funk- und Fernschreibbeamten im drahtlosen Überseeverkehr.

5. **Nach Berlin.** *Antwort:* Auf Grund Ihrer Angaben über die Beschäftigung der bei der Großfunkstelle und den zugehörigen Empfangsanlagen tätigen Funk- und Fernschreibbeamten nehmen wir in Übereinstimmung mit Ihnen an, daß diese Personen als Angestellte in ähnlich gehobener Stellung wie Betriebsbeamte oder Werkmeister, bei einem regelmäßigen Jahresarbeitsverdienst von mehr als 15 000 ℳ der Krankenversicherungspflicht nicht unterliegen (§ 165 Abs. 1 Ziff. 2 und Abs. 2 RVO.). Die Vorschrift der Ziff. 2 des § 165 Abs. 1 trifft zu auf Personen, die in einem Betrieb oder in einem sonstigen, ähnlich gearteten Inbegriff von Geschäften eine von dessen Leitung abhängige und durch sie näher bestimmte Stellung einnehmen, gleichwohl aber nach der Art ihrer Tätigkeit nicht mehr zur Klasse der niederen, lediglich ausführenden Hilfsarbeiter (zu vgl. Ziff. 1 des § 165) gezählt werden können (Anleitung des RVA. v. 26. 4. 12, Amtl. Nachr. S. 720 ff. Ziff. 43). Indem hiernach auf die Stellung und die Art der Tätigkeit das entscheidende Gewicht gelegt wird, tritt allerdings die Art der Vorbildung des Beschäftigten als bestimmender Umstand für die Zurechnung zum Kreise der gehobenen An-

Digitized by Google

gestellten an Bedeutung zurück. Wenn aber die fraglichen Beschäftigten eine ähnliche Ausbildung durchzumachen haben, wie sie für die Beamten des gehobenen mittleren Dienstes der Reichstelegraphenverwaltung vorgeschrieben ist, so läßt sich daraus entnehmen, daß auch ihre Tätigkeit und ihre Stellung eine ähnlich gehobene sein dürften, wie die der bezeichneten Beamten. Von entscheidender Bedeutung aber ist, daß von ihnen weitgehende Sprachkenntnisse verlangt werden, da sich der gesamte Überseefunkdienst fast ausschließlich fremdsprachlich abwickelt. Danach erfordert die Tätigkeit dieser Angestellten einen Aufwand von geistigen Kenntnissen und selbständiger Anwendung dieser Kenntnisse so hohen Maßes, daß ihre Stellung dadurch wesentlich über die eines nur ausführenden Arbeiters oder Gehilfen (Ziff. 1 des § 165), insbesondere etwa einer gewöhnlichen Fernsprechgehilfin (zu vgl. ArbVers. 1918 S. 712) hinausgehoben wird. Das Oberschiedsgericht für Angestelltenversicherung hat sogar auch solche Gehilfinnen für Angestellte in gehobener Stellung erklärt, wenn sie über die gewöhnliche Gesprächsvermittlung hinaus schwierigere und anstrengendere Arbeiten zu verrichten hatten (zu vgl. die a. a. O. angeführten Entscheidungen v. 5. 6. 15; auch ArbVers. 1915 S. 737 unter Nr. 43). Um so mehr muß das für die hier in Frage stehenden Angestellten gelten.

Anspruch auf Wochenfürsorge nach der Übersiedlung von Polen nach Deutschland.

6. **Nach Osnabrück.** Antwort: Ob die Wöchnerin ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland hat, ist eine Tatfrage und kann nur in jedem einzelnen Falle auf Grund besonderer Feststellungen entschieden werden. Allerdings legt der Umstand, daß sie erst kurz vor der Entbindung nach Deutschland gekommen ist, die Vermutung nahe, daß ein dauernder Aufenthalt hier nicht beabsichtigt ist. Es wird zu prüfen sein, ob tatsächlich Maßnahmen für einen dauernden Aufenthalt in Deutschland getroffen sind, ob z. B. die Wohnung in Polen aufgegeben ist, ob die Sachen von dort fortgeschafft worden sind u. dgl. Ergeben die Umstände, daß die Wöchnerin nunmehr ständig in Deutschland zu bleiben gedenkt, so hat sie hier ihren dauernden Aufenthalt bereits in dem Augenblick genommen, als sie hierher von Polen übersiedelte, und es ist Wochenfürsorge zu gewähren, sofern die übrigen Voraussetzungen des § 17 Ges. v. 22. 5. 20 erfüllt sind. — Die Mitgliedschaft bei einer früher deutschen Kasse während einer Zeit, während sie bereits polnisch war, gilt nicht als Versicherung im Sinne unserer Reichsversicherung, ist also nicht in den Fällen der §§ 195a und 205a auf die Wartezeit anzurechnen. Es gilt hier das in der ArbVers. 1920 S. 659 Ziff. 8 Gesagte.

Kosten der Verpflegung der mit dem kranken Brustkinde in das Krankenhaus aufgenommenen Mutter.

7. **Nach Helmstedt.** Frage: In Heft 8 S. 159 Ziff. 10 ist angenommen, daß die Krankenkasse die Verpflegungskosten für ein Kind, welches mit der erkrankten Mutter zusammen in das Krankenhaus aufgenommen wurde, nicht zu tragen hat. Da bei uns schon Fälle vorgekommen sind, daß ein erkrankter Säugling in das Krankenhaus aufgenommen werden mußte und in solchen Fällen stets die Mitaufnahme der Mutter gefordert wurde, für welche wir die Verpflegungskosten ebenfalls getragen haben, so wäre es uns sehr erwünscht, zu hören, ob eine Verpflichtung der Krankenkasse zur Tragung der Verpflegungskosten für die nicht erkrankte Mutter angenommen werden kann oder nicht. Wir neigen der Ansicht zu, daß eine Verpflichtung nicht besteht, daß es aber der Krankenkasse gestattet ist, die Verpflegungskosten für die nicht erkrankte Mutter zu übernehmen, wenn eine Trennung des erkrankten Kindes von der Mutter einen schädlichen Einfluß auf die Heilung des Kindes ausüben würde.

Antwort: Wir treten Ihrer Auffassung bei. Denn es handelt sich unter den von Ihnen angegebenen Umständen um Kosten, deren Aufwendung nötig ist, um die durch die Satzung zugelassene Gewährung der Krankenhauspflege für das Kind des Versicherten (zu vgl. Hahn, Anm. 2a zu § 205 RVO.) zu ermöglichen.

a) Erweiterung der Dauer der Krankenhilfe. b) Bemessung der Zusatzbeiträge für Familienhilfe.

8. **Nach Niedersedlitz.** Antwort: a) Macht die Kassensatzung gemäß § 187 Ziff. 1 RVO. von der Befugnis Gebrauch, die gesetzmäßige Dauer der Krankenhilfe (§ 183) bis auf ein Jahr oder weniger, z. B. bis auf 39 Wochen zu verlängern, so ist allerdings die dem § 183 entsprechende Satzungsbestimmung auch im übrigen sachgemäß umzugestalten. Es ist aber nicht geboten, deshalb den Abs. 2 des § 183 dahin zu fassen, daß, wenn Krankengeld über die 39. Woche nach Beginn der Krankheit hinaus zu zahlen ist, mit seinem Bezug auch der Anspruch auf Krankenpflege endet; vielmehr können im Abs. 2 die Worte „über die 26. Woche" unverändert stehen bleiben (oder auch z. B. durch die Worte „über die 30. Woche" ersetzt werden). Denn dies ist lediglich eine alle Versicherten gleichmäßig treffende und deshalb zulässige Einschränkung der Mehrleistung aus § 187 Ziff. 1 (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 3a zu § 179 RVO.).

b) Das Gesetz schreibt nicht vor, daß die Höhe der Zusatzbeiträge für Familienhilfe (§ 384 Abs. 2 RVO.) „im richtigen Verhältnis zu den Mehrleistungen der Kasse stehen muß"; aber es bestimmt, daß die Festsetzung dieser Beiträge der Zustimmung des Oberversicherungsamts bedarf (Abs. 4), und diesem liegt es selbstverständlich ob, darüber zu wachen, daß nicht die Versicherten mit Familienangehörigen für geringfügige Leistungen an Familienhilfe — wie in dem von Ihnen angeführten Beispielsfalle — mit unbillig hohen Zusatzbeiträgen belastet werden.

Arbeitsunfähigkeit wegen Notwendigkeit eines Klimawechsels; Beweis.

9. **Nach Hohenlimburg.** Frage: Ein Versicherter erschien am 27. Januar an der Kasse und bat, ihm einen 4- bis 5wöchigen Aufenthalt in Italien (seiner Heimat) zu gestatten. Es wurde ihm bedeutet, daß die Kasse hierzu nicht in der Lage sei, worauf er erklärte, er würde auf seine Kosten abreisen, weil er hoffe, hierdurch schneller gesund zu werden, da er in Italien genügend Milch und eine bessere Pflege habe. Er hatte ein älteres Magenleiden. Am 7. März erschien er wieder und legte einen Krankenschein von einem hiesigen Arzt vor, daß er vom 27. Januar bis 7. März erwerbsunfähig gewesen sei. Ist der Arzt berechtigt oder in der Lage, zu bescheinigen, daß das Mitglied 5 Wochen erwerbsunfähig war, ohne solches gesehen zu haben?

Antwort: Es ist nicht ausgeschlossen, daß der Arzt auf Grund einer vor dem 27. Januar vorgenommenen Untersuchung und des dabei festge-

Digitized by Google

stellten Befundes zu der wissenschaftlich begründeten Überzeugung gelangen konnte, daß der Kranke einer fünfwöchigen Arbeitsruhe und eines Aufenthaltes in einem anderen Klima bedurfte, daß er also für so lange Zeit seine Erwerbstätigkeit nicht ohne Gefahr der Verschlimmerung seines Leidens fortsetzen konnte. Dann lag in der Tat Arbeitsunfähigkeit im Sinne des § 182 Ziff. 2 RVO. vor. Aber der Arzt durfte sich in einem solchen Falle nicht begnügen, die Arbeitsunfähigkeit einfach zu bescheinigen, sondern mußte dies Zeugnis durch Darlegung seines Befundes und des daraus gezogenen Schlusses begründen. — Wenn übrigens der Versicherte sich tatsächlich ohne Zustimmung des Kassenvorstandes im Ausland aufgehalten hat, so ruhte in dieser Zeit die Krankenhilfe nach § 216 Abs. 1 Ziff. 2 RVO., auch wenn er wirklich arbeitsunfähig war.

a) **Fortdauer der Pflichtversicherung während Urlaubs.** b) **Stellung des Betriebsobmanns bei einer Krankenkasse.**

10. **Nach Schneidemühl.** Antwort: a) Wenn der Versicherte am 19. 2. 21 vom Arbeitgeber auf drei Wochen beurlaubt worden und am 11. 3. 21 an Lungenentzündung erkrankt ist, so kommt es nicht darauf an, ob die Voraussetzungen des § 214 RVO. vorliegen oder nicht. Denn das Beschäftigungsverhältnis war weder durch die Beurlaubung noch durch den Ablauf des Urlaubs gelöst, sondern bestand fort, wenngleich die tatsächliche Arbeitsleistung unterbrochen war. Daß auch dem Arbeitgeber die Lösung des Beschäftigungsverhältnisses fernlag, dafür spricht noch besonders der Umstand, daß er die Beiträge in der Urlaubszeit weiterzahlte. Der Versicherte ist also als Kassenmitglied erkrankt und hat vollen Anspruch auf die satzungsmäßigen Leistungen.

b) Der Betriebsobmann steht bei kleineren Betrieben an Stelle des Betriebsrats und hat im wesentlichen die gleichen Rechte und Pflichten (§§ 2, 58 ff. BetrRG.). Seine Aufgaben berechtigen ihn aber nicht, bei Beschlüssen der Krankenkassenorgane bestimmend mitzuwirken; hierfür sind vielmehr ausschließlich die Vorschriften der RVO. maßgebend.

Anspruch auf Krankenpflege außerhalb des Kassenbezirks?

11. **Nach Recklinghausen.** Frage: Ein Kassenmitglied, dessen ständiger Wohn- und Beschäftigungsort im Kassenbezirk lag, feierte krank wegen Fingerentzündung. Während der Feierzeit verließ dasselbe eigenmächtig und ohne Genehmigung des Vorstandes den Kassenbezirk und begab sich in das elterliche Haus. Inzwischen hatte sich eine Fußverletzung, die schon im Kassenbezirk bestanden, aber noch keiner ärztlichen Hilfe bedurft hatte, verschlimmert, so daß auswärts ärztliche Hilfe dieserhalb in Anspruch genommen werden mußte. Der Arzt erklärte die Rückkehr in den Kassenbezirk mit Rücksicht auf das Fußleiden für unmöglich. Ist die Krankenkasse verpflichtet, den auswärtigen Arzt für die Behandlung des Fußes zu bezahlen? Nach der Krankenordnung war das Mitglied nicht berechtigt, den Kassenbezirk zu verlassen.

Antwort: Grundsätzlich ist allerdings nur der Kassenbezirk oder der außerhalb dieses Bezirks liegende Wohn- oder Beschäftigungsort des Versicherten als Erfüllungsort für die Leistungen der Krankenpflege anzusehen. Wenn es sich aber um ein alleinstehendes Mitglied handelt, so muß die elterliche Wohnung als natürlicher Zufluchtsort und Wohnort des erkrankten Versicherten gelten, so daß er sich auch nach der Erkrankung dorthin begeben und dort die Kassenleistungen fordern kann (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. zu § 182 RVO. Anm. 10a und die dort angeführten Entscheidungen). Übertretung der Krankenverordnung kann nur, je nach den Umständen, die Verhängung einer Ordnungsstrafe (§ 529 RVO.), nicht aber die Versagung der Krankenhilfe rechtfertigen.

Unfallzuschuß für Sonntage.

12. **Nach Ludwigshafen.** Antwort: Wenn Krankengeld für Sonntage, die nicht Arbeitstage sind, gezahlt wird, so muß für diese auch der Unfallzuschuß gewährt werden. Denn § 573 RVO. beschränkt ihn nicht auf die Arbeitstage. Da es sich hier um eine Leistung über die Pflicht hinaus handelt, die die Kasse sonst nach Gesetz oder Satzung hat, so muß ihr auch der Unfallzuschuß für die Sonntage von der Berufsgenossenschaft oder dem Arbeitgeber erstattet werden. Zu vgl. Entsch. des RVA. in ArbVers. 1917 S. 232.

Anrechnung von Krankengeld auf den Lohn.

13. **Nach Remscheid.** Antwort: Maßgebend für die Entscheidung der Frage ist der Wortlaut des Tarifs, der uns nicht vorliegt. Sollte er ähnlich, wie § 616 BGB. bestimmen, daß derjenige Betrag angerechnet werden darf, der dem Dienstverpflichteten „aus einer auf Grund gesetzlicher Verpflichtung bestehenden Kranken- oder Unfallversicherung" zukommt, so dürfte nur den Versicherungspflichtigen, nicht den freiwillig Versicherten ein Abzug gemacht werden. Bei den Versicherungspflichtigen beruhen aber nicht nur die Regel-, sondern auch die Mehrleistungen auf gesetzlicher Verpflichtung. Beträgt z. B. das Krankengeld mehr als den halben Grundlohn, so ist auch der überschießende Betrag abzugsfähig. Abgezogen können aber nur Beträge werden, die der Versicherte für dieselbe Zeit erhält, für die ihm Lohn gezahlt wird. Da er Lohn nur für die Arbeitstage erhält, darf nur das Krankengeld für 6, nicht für 7 Tage angerechnet werden.

Die Schwangerschaftsbeihilfe setzt Beschwerden voraus.

14. **Nach Danzig-Langfuhr.** Antwort: Grundsätzlich ist dem Vers.-Amt beizustimmen. Der Anspruch auf die Beihilfe setzt voraus, daß Beschwerden die Hebammendienste oder die ärztliche Behandlung erforderlich machen. Soll den Beschwerden abgeholfen werden, so wird meist eine Untersuchung der Wöchnerin nötig sein, und hierdurch schon wird der Anspruch begründet. Hiervon zu unterscheiden ist die Untersuchung, die keinen anderen Zweck hat, als die Schwangerschaft und ihre vermutliche Dauer festzustellen; für sie kann die Beihilfe nicht beansprucht werden. Was die beigefügte Rechnung der Hebamme betrifft, so dürften die Posten 1, 2 und 3 die Beihilfe rechtfertigen. Blutungen und vorzeitige Wehen haben als Beschwerden zu gelten.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Str. 12.
Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Beddigenweg 64.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., in Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

Heft 1316 der ganzen Folge.

38. Jahrgang | 11. Mai 1921 | Heft 14

Das Gesetz zur Ergänzung des Gesetzes über eine außerordentliche Beihilfe für Empfänger von Renten aus der Invalidenversicherung.

I.

Von Landesrat Dr. Brunn in Berlin.

Die an das Gesetz vom 26. 12. 20 über eine außerordentliche Beihilfe an Rentner in der Invalidenversicherung anknüpfende Streitfrage, ob die Berechnung der Beitragsmarken zum doppelten Wert auch für diejenigen Marken gilt, die zwar nach dem 20. 12. 20, aber für Zeiten vor diesem Zeitpunkte verwendet werden, ist in den Spalten dieser Zeitschrift mehrfach eingehend erörtert worden. Dabei sind die abweichenden Entscheidungen verschiedener Versicherungsämter abgedruckt worden (vgl. „Arbeiter-Versorgung" 1921 S. 41, 133 ff., 161, 189). Bevor nun das Reichsversicherungsamt als oberste Instanz in diesem Streit Stellung genommen hat, ist die Frage durch das Reichsgesetz vom 7. April 1921 (RGBl. S. 472), das einem Antrag aus der Mitte des Reichstages seine Entstehung verdankt, endgültig dahin entschieden worden, daß die bisherige Auslegung des Gesetzes vom 26. 12. 20 durch die Versicherungsträger gebilligt wird. In der neuen Fassung, die § 5 bekommen hat, ist ausgesprochen, daß die Verdoppelung der Beiträge auch in den Fällen gilt, in denen für zurückliegende Zeiten Beiträge durch Verwendung von Beitragsmarken zu entrichten sind. Es soll also kein Unterschied gemacht werden, ob die Entrichtung der Beiträge infolge eines Verschuldens des Arbeitgebers unterblieben ist. Die Verdoppelung der Beiträge greift selbst dann Platz, wenn die rückständigen Beiträge am 20. 12. 20 überhaupt noch nicht fällig waren. Leider hat der Reichstag unberücksichtigt gelassen, daß durch den Arbeitsminister der Verkauf der Marken zu den alten Preisen, um das Hamstern zu verhüten, schon am 18. 12. 20 gesperrt war. Es bleibt also immer noch die Streitfrage bestehen, ob nicht der Arbeitsminister für die durch diese Maßnahme dem einzelnen entstandenen Mehrkosten ersatzpflichtig gemacht werden kann.

Das neue Gesetz bringt dann weiter zu der Vorschrift des § 6, daß bei Erstattung und Umtausch von Beiträgen lediglich der einfache Geldwert zugrunde gelegt wird, folgenden Zusatz: „Dies gilt nicht für das Berichtigungsverfahren (§§ 1462 ff., 1469 RVO.)." Es macht also keinen Unterschied, ob das Berichtigungsverfahren den Abschluß eines Streitverfahrens bildet oder ob die Berichtigung mit Einwilligung der Beteiligten ohne voraufgegangenes Streitverfahren vorgenommen wird. Natürlich muß der Arbeitgeber den Nachweis erbringen, daß er die Marken auch zum doppelten Preise erstanden hat. Gerade in der Übergangszeit besteht ja die Möglichkeit, daß es sich um

Digitized by Google

Marken handelt, die noch zum Nennwert eingekauft sind.

Eine weitere Änderung des Gesetzes bezieht sich auf die Personen, denen die Beihilfe zustehen soll. Während nach der bisherigen Fassung des § 1 Abs. 2 die Beihilfe Personen, die auf Grund des Reichsversorgungsgesetzes oder anderer Militärversorgungsgesetze eine Versorgung erhalten, schlechtweg verweigert wurde, muß sie jetzt diesen Personen insoweit zuteil werden, als die zu gewährende Beihilfe die gewährte Versorgung übersteigt. Wie ich schon früher (ArbVers. 1921 S. 41) darlegte, gab es nach dem Gesetz vom 26. 12. 20 drei Arten von Rentenempfängern: 1. solche, die überhaupt keine Militärversorgung beziehen und denen daher Zulage und Beihilfe zusteht, 2. solche, die eine Militärversorgung für weniger als zwei Drittel Erwerbsminderung beziehen, daher die Zulage nach dem Gesetz vom 20. 5. 20 bekommen, aber keine Beihilfe und 3. solche, die eine Militärversorgung für eine über zwei Drittel hinausgehende Erwerbsbeschränkung haben, daher weder die Zulage noch die Beihilfe bekommen. Zu diesen treten nun als vierte Art diejenigen, deren Militärversorgung ihrem Betrage nach unter dem der Beihilfe bleibt. Diese Rentner erhalten den Unterschiedsbetrag zwischen Militärversorgung und Beihilfe. Es kommt also bei ihnen nicht darauf an, ob ihnen die Zulage nach dem Gesetz vom 20. 5. 20 zusteht oder nicht. Der Fall zu 4. wird nur bei denjenigen sich ereignen können, deren Versorgung nach den alten Versorgungsgesetzen oder nach ausländischen Gesetzen sich richtet. Die Versorgung auf Grund des Reichsversorgungsgesetzes vom 12. 5. 20 geht wohl stets über die jetzigen Sätze der Beihilfe hinaus.

Bezüglich der Festsetzung dieser Restbeihilfe, wie man sie nennen kann, bestimmt ein Zusatz zu § 4 Abs. 2, daß der Versicherungsträger, der die Rente gewährt, *auf Antrag* des Berechtigten den auszuzahlenden Betrag der Beihilfe festsetzt und die Post mit entsprechender Anweisung versieht. Es bedarf also hier im Gegensatz zu den sonstigen Beihilfen eines Antrags des Rentenempfängers.

Hinsichtlich der Zweifelsfrage, ob etwa die Vorschrift des § 4 Abs. 1 und 2, „Die Beihilfe wird durch die Post gezahlt. Die oberste Postbehörde bestimmt das Nähere", dahin zu verstehen ist, daß im Streitfalle die Entscheidung über Zahlung oder Nichtzahlung der Beihilfe bei der Postbehörde liegt, verweise ich auf meine früheren Ausführungen, daß die Entscheidung bei dem Versicherungsträger liegen muß (ArbVers. 1921 S. 42). Eine Bestätigung dieser Auffassung gibt der eben besprochene Zusatz zu § 4. Wenn der Postminister im Post-Mitteilungsblatt die Postämter anweist, in Zweifelsfällen die Anweisung der Oberpostdirektion einzuholen, so braucht daraus nicht gefolgert zu werden, daß die oberste Postbehörde damit den Oberpostdirektionen ein materielles Entscheidungsrecht beilegen wollte. Vielmehr sollte offenbar nur für den inneren Dienstbetrieb der Post geregelt werden, wie sich die Postämter in Zweifelsfällen zu verhalten haben. Lehnt die Oberpostdirektion die Zahlung der Beihilfe ab, so bleibt es dem Rentenempfänger immer noch überlassen, die Entscheidung des Versicherungsträgers anzurufen, dessen Anweisung zur Auszahlung der Beihilfe die Post entsprechen müßte.

Als Versorgung, die den Bezug der Beihilfe ausschließt, ist, worauf ich gleichfalls schon (a. a. O.) hingewiesen habe, auch die Gewährung der Krankenfürsorge anzusehen. Dabei wird die Unterbringung in einer Heilstätte, Lazarett usw. nicht etwa nach Analogie des § 1522 Abs. 2 Satz 2 der Vollrente gleichgestellt, sondern sie gilt als Ersatz der Rente, die dem Berechtigten zugesprochen ist, bei einer Rente von 50 % also auch nur als 50%ige Rente (Bescheid des Reichsversicherungsamts vom 18. 3. 21 II 522).

Die weiteren Vorschriften des neuen Gesetzes ändern den bisherigen § 8 ab, der von Mitteilungen der Post an die Versicherungsträger über die Einnahmen aus der Erhöhung der Beiträge und über die Aufwendungen für die Beihilfen handelt. Die alten

Digitized by Google

Vorschriften hatten sich in der Praxis als undurchführbar herausgestellt.

Schließlich wird der Reichsarbeitsminister ermächtigt, das Gesetz vom 26. 12. 20 in der Fassung, die es durch das neue Gesetz erhalten hat, zu veröffentlichen. Von dieser Ermächtigung hat der Arbeitsminister durch die Bekanntmachung vom 11. April 1921, betr. die jetzige Fassung des Gesetzes über eine außerordentliche Beihilfe für Empfänger von Renten aus der Invalidenversicherung, Gebrauch gemacht.

II.

Von Dr. Heinz Jaeger, Direktor des Versicherungsamtes der Landeshauptstadt München.

Es kam, wie es kommen mußte. Die lebhafte Entrüstung, welche das im ersten Augenblick so unüberlegt aussehende, nach allen späteren Verlautbarungen jedoch wohl durchberatene Gesetz vom 26. Dezember 1920 über eine außerordentliche Beihilfe für Empfänger von Renten aus der Invalidenversicherung (RGBl. S. 2315) in der Öffentlichkeit auslöste, schien zunächst wirkungslos zu verhallen. Im Ton strenger Abweisung verkündete die Reichsregierung (vgl. Bescheid vom 16. Februar 1921 II A 611, abgedruckt in „Blätter für Armenpflege und soziale Versicherung" 1921 H. 6/7 S. 72), daß „die Einbringung eines Entwurfes für eine Abänderung des Gesetzes vom 26. Dezember 1920 den Absichten des Reichstages nicht entsprechen würde". Doch, siehe da! Der Reichstag selbst bekannte sich zu anderen Ansichten. In seiner letzten Sitzung vor den Osterferien erledigte er noch rasch in allen drei Lesungen einen Antrag Trimborn, Rießer, Schiffer und Genossen, betreffend den Entwurf eines Gesetzes über die Änderung des Gesetzes vom 26. Dezember 1920. Der Reichsrat trat dem Gesetze ohne Erinnerung bei. Der Reichspräsident vollzog unter dem 7. April 1921 seine Unterschrift. Im Reichsgesetzblatt Nr. 43 S. 472 ist dieses neueste Stück deutscher Gesetzgebung veröffentlicht.

Die im Vollzug gerade des Gesetzes vom 26. Dezember 1920 so hart gescholtenen, so viel geplagten äußeren Behörden werden sich zunächst die Frage vorlegen: ist es nicht nur eine Änderung, ist es auch wirklich die Behebung aller der vielen Mißstände des Gesetzes vom 26. Dezember 1920, die hier gebracht wird? Wird hier nicht nur ein Fleck auf oder gar neben das Loch gesetzt, wird wirklich besseres Recht an Stelle des alten geschaffen, wenn dies Beginnen bei dem nun einmal beschrittenen Wege überhaupt Möglichkeiten eines Erfolges in sich birgt? Die Antwort gebe eine Betrachtung des Gesetzes.

Sein Zweck ist ersichtlich die Behebung der beim Vollzug des Ges. v. 26. 12. 20 aufgetauchten Zweifel, die Beseitigung der hier zutage getretenen Mißstände. Wie das erste Gesetz, zerfällt auch es in zwei Teile, von denen sich der eine, kürzere, mit den neueingeführten Beihilfen, der andere, umfangreichere, mit der Aufbringung der zu ihrer Deckung nötigen Mittel befaßt.

I. Die Beihilfen.

§ 1 Abs. 2 des Ges. vom 26. 12. 20 hat bekanntlich alle Personen, die auf Grund des Reichsversorgungsgesetzes vom 12. Mai 1920 (RGBl. S. 989) oder anderer in- oder ausländischer Militärversorgungsgesetze eine Versorgung erhalten, von dem Bezuge der Beihilfe ausgeschlossen. Die ursprünglich bei verschiedenen Postanstalten gehandhabte Auslegung hatte den Begriff „Militärversorgungsgesetze" sehr weit ausgedehnt und darunter auch Gnadenlöhnungen, Ehrensold usw. verstanden. Dem raschen Eingreifen des Reichspostministeriums gelang es, die hier namentlich unter den Veteranen des Jahres 1870/71 entstandene Mißstimmung alsbald zu beseitigen. Trotzdem blieb noch manche Gruppe von Militärversorgungsempfängern außerhalb des Kreises der Bezugsberechtig-

Digitized by Google

ten, für welche die Vorenthaltung der Beihilfe eine unnötige Härte bedeutete. Es waren dies vor allem die Empfänger von Hinterbliebenenrenten nach dem Reichsversorgungsgesetz und von Renten nach den alten Militärversorgungsgesetzen. Bei den Militärrentnern aus dem Weltkrieg trifft wohl stets die Ursache für den Bezug der Militärversorgung mit der Ursache für den Genuß der Invalidenrente zusammen. Hier war es verständlich, wenn der Gesetzgeber angesichts desselben Leistungsgrundes und angesichts der Höhe der auch die Teuerung berücksichtigenden Bezüge des Militärversorgungsgesetzes davon absah, die Beihilfe, den Teuerungszuschlag zur Invalidenrente, zu gewähren. Anders bei den Empfängern von Hinterbliebenenrenten nach dem Militärversorgungsgesetz oder von Renten nach den alten Militärversorgungsgesetzen. Für sie treffen diese Voraussetzungen in der Regel nicht zu. Bei ihnen erschien daher eine Änderung des bisherigen Rechtszustandes erwünscht. Der Gesetzgeber hat auch ersichtlich eine Behebung der auftauchenden Klagen beabsichtigt, wenn er durch Art. I Ziff. 1 des neuen Gesetzes dem § 1 Abs. 2 des ersten Gesetzes eine andere Fassung gibt. Nunmehr sollen die Personen, welche auf Grund des Reichsversorgungsgesetzes oder anderer Militärversorgungsgesetze eine Versorgung erhalten, nicht mehr grundsätzlich von dem Bezuge der Beihilfe ausgeschlossen sein. Die Beihilfe wird ihnen vielmehr „insoweit zugebilligt, als die zu gewährende Beihilfe die gewährte Versorgung übersteigt", d. i. also mit dem Unterschiedsbetrag. Dieser Unterschiedsbetrag wird jedoch nicht ohne weiteres gewährt, sondern von einem Antrag des Berechtigten abhängig gemacht (Art. I Ziff. 2). Der Antrag ist an die für die Gewährung der maßgebenden Alters-, Invaliden- oder Hinterbliebenenrente zuständigen Landesversicherungsanstalt zu richten. Fraglich mag erscheinen, ob er unmittelbar bei dieser Anstalt oder bei einer dritten Behörde zu stellen ist. Die Antragstellung bei dem Versicherungsamte (§ 1613 RVO.) bzw. bei der durch die oberste Verwaltungsbehörde gemäß § 1616 RVO. bestimmten Stelle (d. i. in Bayern bei der Gemeindebehörde) scheint mir mit Rücksicht auf die Verhältnisse das Gebotene zu sein. Die Landesversicherungsanstalt stellt hierauf den auszuzahlenden Betrag der Beihilfe fest und versieht die Post mit einer entsprechenden Anweisung. Im übrigen erfolgt wie bisher, so auch künftig die Auszahlung der Beihilfe und damit auch des Unterschiedsbetrages zwischen Versorgung und Beihilfe durch die Postanstalten nach den näheren Weisungen der obersten Postbehörde.

Da nun aber nach § 1 Abs. 1 des Ges. vom 26. 12. 20 die Beihilfe nur solchen Personen zusteht, welche nach dem Gesetze vom 20. Mai 1920 (RGBl. S. 1091) eine Zulage erhalten, die Zulage aber dort den Empfängern einer Hinterbliebenenrente nach dem Reichsversorgungsgesetz nicht gewährt wird, bleiben die hier gehegten Wünsche unerfüllt. Bezieher einer Hinterbliebenenrente nach dem Reichsversorgungsgesetz, zu denen auch die Empfänger des Elterngeldes gehören, erhalten auch die Unterschiedsbeihilfe nicht. Wohl aber steht sie denjenigen Empfängern einer Militärrente nach dem Reichsversorgungsgesetz zu, deren Erwerbsbeschränkung weniger als zwei Drittel beträgt, ein unerwünschtes und, wie ich glauben möchte, auch von den Vätern des Gesetzes nicht gewolltes Ergebnis.

Die im Abänderungsgesetze für die Gewährung der teilweisen Beihilfe bestimmten Voraussetzungen der Antragstellung durch den Berechtigten, der Feststellung durch den Versicherungsträger und der besonderen Anweisung an die Post schließen meines Erachtens auch die besondere Verständigung des Berechtigten über die Verbescheidung seines Antrages in sich. Damit eröffnen sie dem Berechtigten auch ohne Zweifel das Beschwerdeverfahren an die Aufsichtsbehörde des Versicherungsträgers bei Nichtgewährung oder zu niederer Berechnung der teilweisen Beihilfe. Sie beseitigen also für diesen Fall die im Vollzug des ursprüng-

Digitized by Google

lichen Gesetzes aufgetauchten Zweifel, ob die Entscheidung über die Beihilfengewährung in die Hände der obersten Postbehörden gelegt ist, wie es die Ausführungsbestimmungen des Reichspostministeriums zu beanspruchen scheinen, oder ob sie den versicherungsrechtlichen Verwaltungsbehörden verbleibt. Für die Verfechter der letzteren Anschauung hinsichtlich der Gewährung der vollen Beihilfe bedeutet dies sicherlich eine Stärkung ihres Standpunktes, ohne jedoch die Streitfrage restlos zu klären.

Die neuen Vorschriften über die Beihilfe gelten wie diejenigen des Ges. vom 26. 12. 20 vom 1. Januar 1921 ab. Nun bestimmt § 3 Abs. 2 des bisherigen Gesetzes, daß die Beihilfe für nicht mehr als auf drei Monate rückwärts, d. i. den Monat der ersten Zahlung mitgerechnet, auf im ganzen vier Monate zu zahlen ist. Diese Bestimmung hat eine Änderung nicht erfahren. Sie wird für die teilweise Beihilfe dahin auszulegen sein, daß auf nicht länger als drei Monate vom Tage der Antragstellung — nicht der ersten Zahlung — zurück, d. i. einschließlich des Monats der Antragstellung auf vier Monate die Rente zu gewähren ist. Bis die neue Änderung des Gesetzes in den beteiligten Kreisen allgemein bekannt geworden ist, dürfte der Monat Mai herangekommen sein. Ohne Verschulden werden daher zahlreiche Berechtigte um einen Monat gekürzt, da der Reichstag es unterlassen hat, hier für Übergangsbestimmungen zu sorgen, wie sie bei der ganzen Sachlage geboten gewesen wären.

II. Die Aufbringung der Mittel.

Der größere Teil der neuen Vorschriften gilt der Aufbringung der Mittel für die Beihilfen, der vielgeschmähten doppelten Berechnung der Beiträge vom 20. Dezember 1920 ab. Zwei Bestimmungen erregen hier — nicht mit Unrecht — den lebhaften Unwillen der Bevölkerung. Die eine betrifft die Auslegung des Gesetzes, daß auch die für Zeiten vor dem 20. Dezember 1920 nach diesem Tage entrichteten Marken nur zum doppelten Geldwert gekauft werden können. Die andere richtet sich gegen die Bestimmung des Ges. vom 26. 12. 20, wonach die zum doppelten Geldwerte beschafften Marken beim Umtausch und bei der Erstattung nur zum einfachen Geldwert in Anrechnung gebracht werden dürfen.

Was die Verwendung von Beitragsmarken für die Zeit vor dem 20. Dezember 1920 betrifft, so enthielt das bisherige Recht hier ohne Zweifel eine Lücke. Man mußte auf die Entstehungsgeschichte des Gesetzes, auf den Willen des Gesetzgebers und auf sonstige für die Gesetzesauslegung nicht immer gangbare Gesichtspunkte zurückgreifen, um über die zahlreichen Beschwerden im Sinne der vermuteten Meinung des Reichstages entscheiden zu können. Die das Für und das Wider vertretenden Entscheidungen sind bekannt (vgl. „Arbeiter-Versorgung" Heft 7 S. 133, Heft 10 S. 189). Hier bringt nun das neue Gesetz durch eine vollständige Umänderung des einschlägigen § 5 Abs. 1 des alten Gesetzes die nötige Klarheit. Während bisher lediglich festgelegt war, daß vom 20. Dezember 1920 ab „die Beiträge zur Invalidenversicherung zum doppelten Geldwert berechnet werden", sagt das Gesetz (Art. I Ziff. 5) nunmehr, daß „die ... Beiträge verdoppelt werden". Es ist also nun nicht mehr von einer bloßen Berechnung die Rede, sondern es wird klar ausgesprochen, daß die Beiträge zur Invalidenversicherung vom 20. Dezember 1920 ab um 100 v. H. erhöht sind. Damit wird der oft gehörte Einwand zu beseitigen gesucht, daß die durch das Gesetz vom 26. 12. 20 eingeführte Berechnungsweise dem § 1412 RVO. widerspreche, wonach die Marken zu dem Nennwert verkauft werden. Dieser Nennwert ist eben jetzt nicht mehr 90 Pf., 1 M. usw., sondern 1,80 M., 2 M. usw. Der Unmöglichkeit, sofort Beitragsmarken zu diesen Beträgen auszugeben, wird durch den weiteren Zusatz Rechnung getragen, daß vom 20. Dezember 1920 ab die bisherigen Beitragsmarken „zum doppelten Geldwerte verkauft" werden. Und in einem weiteren

Digitized by Google

Satze wird bestimmt, daß dies „auch in den Fällen gilt, in denen für zurückliegende Zeiten Beiträge durch Verwendung von Beitragsmarken zu entrichten sind".

Befriedigen kann auch diese neue Fassung nicht. Sie schafft zwar Klarheit über den Willen des Gesetzgebers. Sie scheidet aber nicht zwischen Säumigen und Nichtsäumigen unter den Arbeitgebern. Wer rückständig mit seiner Beitragsentrichtung war, soll mit Recht hierfür eine Strafe empfangen, vor der ihn die in dieser Beziehung äußerst milde Handhabung der gesetzlich vorgesehenen Strafbestimmungen der Reichsversicherungsordnung durch die Landesversicherungsanstalten bisher bewahrt hatte. Wer aber, gestützt auf ausdrückliche Vorschriften des Gesetzes (§§ 1428, 1429, 1430 RVO.) oder gezwungen durch äußere Umstände (z. B. Einziehung der Karten durch die Landesversicherungsanstalten zum Zwecke der Markenkontrolle) seine Beiträge für die Zeit vor dem 20. Dezember 1920 an diesem Tage noch nicht entrichtet hatte, wird mit Fug und Recht gegen diese Rechtsbeugung Stellung nehmen. Daß der Reichstag hier nicht ändernd eingriff, wird ihm wohl neuerdings viele Vorwürfe eintragen, erscheint aber allerdings begreiflich. Denn auch hier gilt der Satz, daß die böse Tat fortzeugend Böses muß gebären. Der einmal beschrittene Weg konnte nicht gut mehr verlassen werden, sollten nicht neue Streitfälle, neue Behelligung der Behörden, neue Mißstimmung in der Bevölkerung geschaffen werden. Denn wie wäre bei der etwaigen Einführung eines Rechtes auf Rückersatz zu unterscheiden zwischen zum einfachen und zum doppelten Geldwerte gekauften Beitragsmarken? Wie sollte der Käufer von doppelt berechneten Beitragsmarken den Beweis hierfür antreten? So viele Fragen, so viele Bedenken! Ihnen gegenüber konnte es nur ein Festhalten an dem einmal Bestimmten geben.

Leichter war es, der Vorschrift, wonach beim Umtausch und bei der Erstattung die zum doppelten Nennwert gekauften Beitragsmarken nur zum einfachen Geldwert angerechnet werden, abzuhelfen. Diese Bestimmung kommt am meisten zur Anwendung im sogenannten Berichtigungsverfahren der §§ 1462 ff., 1469 RVO.; denn der Umtausch oder die Erstattung im engsten Sinne des Wortes sind verhältnismäßig selten. Gerade im Berichtigungsverfahren mußte es auch am meisten böses Blut machen, wenn, nur zu oft in gutem Glauben verwendete, unrichtige Beitragsmarken, zu deren Umwandlung in richtige Marken man ohne Widerspruch bereit gewesen wäre, nur zur Hälfte des erlegten Betrages zurückgenommen werden. Das Abänderungsgesetz bestimmt daher nunmehr (Art. I Ziff. 6), daß „dies", d. i. das Zugrundelegen des einfachen Geldwertes, „nicht für das Berichtigungsverfahren gilt".

Die Bestimmung ist kurz und bündig. Haben sich die Antragsteller des einschlägigen Initiativ-Antrages im Reichstag die Folgen wohl hinreichend überlegt? Ich fürchte, daß dies nicht der Fall war. Sonst hätte ihnen klar werden müssen, daß sie nunmehr die Landesversicherungsanstalten, deren Finanzen doch unterstützt werden sollten, nicht unerheblich schädigen. Denn während bis zum 20. Dezember 1920 und auch noch unter der Geltung des Gesetzes vom 26. 12. 20 das Berichtigungsverfahren geldlich für die Landesversicherungsanstalten nichts anderes als eine Markenumwandlung war, ihnen also in der Regel ein Mehr an Einnahmen brachte, bedeutet es jetzt ein erhebliches Minus. In der Regel dürfte heute die Berichtigung von Marken der Lohnstufe V nötig sein. Der Berichtigungsvorgang wickelt sich nun nach dem neuen Gesetz so ab, daß z. B. bei Umwandlung von Marken der Lohnstufe I zu 1,80 M. infolge des weiter nötigen Ankaufes von Marken der Lohnstufe V zu 2,80 M. bei jeder Berichtigung für die einzelne Marke ein Gesamtumsatz von 4,60 M. stattfindet, von denen je 2,30 M. der Landesversicherungsanstalt bzw. der Post, letzterer zur Deckung der Beihilfen, zufließen. Da die Landesversicherungsanstalt den vollen Kaufwert der vernichteten Marken der Lohnstufe I, d. i. 1,80 M. für jede Marke,

Digitized by Google

zurückerstatten muß, bleibt ihr bei jeder Marke nur eine Einnahme von 50 Pf. gegenüber bisher 1,40 M., sie erleidet also einen Schaden von 90 Pf. Diese Differenz vergrößert sich auf 1 M., 1,10 M., 1,20 M. bei Umwandlung von Marken der Lohnstufe II bzw. der Lohnstufen III und IV in solche der Lohnstufe V. Diese geringere Einnahme wandelt sich in einen positiven Verlust um, sobald fälschlich entrichtete höhere Marken in solche niedriger Lohnstufe umzuwandeln sind; hier müssen die Landesversicherungsanstalten 20 bis 50 Pf. für jede Marke aus eigenen Mitteln aufzahlen. Die Beruhigung der Bevölkerung ist also mit einer Maßnahme erkauft, die nicht mit den Bestrebungen vereinbar ist, die finanzielle Lage der Landesversicherungsanstalten zu stärken. Ob es nicht möglich gewesen wäre, durch eine anteilsmäßige Heranziehung des bei der Post ruhenden Fonds für die Beihilfe, in den die Hälfte des aus dem Markenkauf des Berichtigungsverfahrens erzielten Gesamterlöses ungekürzt fließt, einen Ausgleich zu schaffen, soll dahingestellt bleiben. Auf jeden Fall wird man sich mit dem vorliegenden Verfahren nur bis zu der für die nächsten Monate angekündigten endgültigen Regelung der Leistungen und Beiträge zur Invalidenversicherung zufrieden geben können.

Von einer Änderung der Berechnung der Marken zum einfachen Geldwert beim Umtausch und bei der Erstattung hat der Reichstag abgesehen. Der Grund ist näher nicht ersichtlich, die Unterlassung jedoch auf jeden Fall bedauerlich; denn sie bedeutet die Verewigung eines mit den Anschauungen von Treu und Glauben im Geschäftsverkehr nicht zu vereinbarenden Unrechts. Wer fälschlich gekaufte Marken, um den Umständlichkeiten des Berichtigungsverfahrens zu entgehen, bisher rechtzeitig in richtige Marken umtauschte, vermag sich heute allerdings durch ihre Verwendung und nachträgliche Berichtigung zum Schaden der Landesversicherungsanstalten schadlos zu halten. Wem aber z. B. wegen mangelnder Versicherungspflicht Beiträge erstattet werden, der wird es nicht verstehen, warum er dafür büßen soll, daß er im guten Glauben, versichert zu sein, einer gesetzlichen Verpflichtung nachkam, zumal er nie und nimmer Vorteile aus dem ihm nicht mehr zurückersetzten Betrage genießen wird.

Leider hat auch die Neuregelung des Gesetzes es nicht vermocht, die Zweifel über das Inkrafttreten der Bestimmungen über die Regelung der Beitragsentrichtung zu beseitigen. Es hat diese Zweifel vielmehr nur noch verstärkt. Nach dem Gesetz vom 26. 12. 20 war die Erhöhung der Beiträge mit dem 20. Dezember 1920, die Bestimmung über die Anrechnung der Beiträge zum Nennwert beim Umtausch und bei der Erstattung aber erst am 1. Januar 1921 in Kraft getreten. Entgegen der Absicht des Gesetzgebers kam daher für elf Tage die Möglichkeit einer Beitragserstattung zum doppelten Werte in Betracht. Auch in der neuen Fassung tritt die Bestimmung, daß im Berichtigungsverfahren der volle Kaufwert der Beitragsmarken anzurechnen ist, erst am 1. Januar 1921 in Kraft. Wenn auch der Frage, wie es sich dann für die Zeit vom 20. bis zum 31. Dezember 1920 mit der Erstattung und dem Umtausch der Marken verhält, zur Zeit kaum mehr wesentliche Bedeutung zukommt, so taucht doch nunmehr die Frage auf, welche Bedeutung denn dem Inkrafttreten der Bestimmung über das Berichtigungsverfahren mit dem 1. Januar 1921 zukommt. Daß sie lediglich auf die nach dem 1. Januar 1921 anhängig werdenden Berichtigungsverfahren Anwendung zu finden hat, dürfte wohl außer Zweifel stehen. Schwieriger ist die Beantwortung der Frage, ob sie nur hinsichtlich der Beitragszeiten nach dem 1. Januar 1921 oder auch hinsichtlich solcher Wochen gilt, in denen für vor dem 1. Januar 1921, namentlich aber für vor dem 20. Dezember 1920 liegende Zeiten unrichtige, aber zum doppelten Nennwerte gekaufte Marken verwendet worden sind. Neigt man der letzteren Ansicht zu, so wird sofort auch die Frage nach dem Beweis des Ankaufes der entrichteten Marken zum Doppelten ihres Nennwertes aufgeworfen. Darüber, wie dieser Beweis geführt werden soll,

Digitized by Google

schweigt sich das Gesetz aus, was um so bedauerlicher ist, als auch nach dem 1. Januar 1921 noch zum alten Preise gekaufte Marken zur Verwendung gelangen können. Die Streitfrage möchte ich trotz mancher dagegen sprechenden Bedenken dahin beantworten, daß nur für Zeiten nach dem 1. Januar 1921 die Anrechnung der Beitragsmarken zum doppelten Geldwerte erfolgt. Ich schließe dies aus folgenden Erwägungen:

Die Beiträge zur Invalidenversicherung sind seit 20. Dezember 1920 verdoppelt. Sie werden von diesem Tage ab nur mehr zum doppelten Geldwert verkauft, und zwar auch dann, wenn die gekauften Beitragsmarken für zurückliegende Zeiten Verwendung finden sollen. In dieser letzteren Bestimmung liegt eine gewollte Benachteiligung säumiger Arbeitgeber, durch die allerdings, wie oben bereits ausgeführt, auch im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften handelnde Arbeitgeber getroffen werden. Es dürfte kaum die Absicht des Gesetzgebers gewesen sein, Arbeitgeber, die säumig unrichtige Marken verwenden, zwar beim Ankauf der Marken zu belasten, beim Rückersatz aber wieder zu entlasten. Die Folgen der Säumigkeit dürften hier wohl mit Recht ihre Wirkung auch noch im Berichtigungsverfahren äußern. Noch weniger wird der Gesetzgeber die Absicht gehabt haben, Personen, die rechtzeitig unrichtige Marken geklebt haben, durch Anrechnung ihrer Marken zum doppelten Geldwert eine Prämie auf ihr Wohlverhalten hinsichtlich des Zeitpunktes der Entrichtung zu gewähren. Das Gesetz sagt nun aber: „Bei Erstattung und Umtausch von Beiträgen wird lediglich der einfache Geldwert zugrunde gelegt. Dies gilt nicht für das Berichtigungsverfahren," und weiterhin: „Das Gesetz tritt ..... am 1. Januar 1921 in Kraft." Die Vorschrift über das Verfahren bei Berichtigungen ist also klar und eindeutig gefaßt. Sie unterscheidet nicht zwischen Marken, die zum einfachen Werte vor dem 20. Dezember 1920, und solchen, die nach diesem Tage zum doppelten Betrage gekauft worden sind. Sie rechnet im Berichtigungsverfahren alle zu berichtigenden Beitragsmarken ohne Unterschied ihres Kaufwertes zum Doppelten ihres Nennbetrages an. Sie gilt aber auch erst seit dem 1. Januar 1921. Das kann, da vom Berichtigungsverfahren nicht die gekauften (für sie gilt die Bestimmung über den Umtausch), sondern nur die verwendeten Marken getroffen werden, nach dem Vorhergesagten nur bedeuten, daß nur die für Zeiten nach dem 1. Januar 1921 verwendeten Marken zum doppelten Geldwert anzurechnen sind. Zwar können auch hier noch Arbeitgeber dann und wann in ungerechtfertigter Weise bereichert werden. Der Schaden ist aber für die Landesversicherungsanstalten geringer, als wenn auch Zeiten vor dem 1. Januar 1921 von dem Gesetze mit erfaßt würden. Denn für diese Zeiten verwendete Beitragsmarken müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als zum einfachen Betrage gekauft gelten.

Diese Lösung ist auch die praktisch gegebene. Die allgemeine Anwendbarkeit der neuen Bestimmungen über das Berichtigungsverfahren auf alle der Berichtigung unterworfenen Beitragszeiten hätte, sollte sie einigermaßen gerecht gehandhabt werden, an den Nachweis des Ankaufs der Marken zum doppelten Geldwert geknüpft werden müssen. Es bedarf wohl keiner besonderen Ausführungen, daß ohne genaue Anweisungen über diese Beweisführung ein geordneter Vollzug unmöglich war. Wie sollte aber der Beweis geführt werden? Die meisten Arbeitgeber werden mehr als ihre bloße Behauptung für den Beweis des Ankaufs zum doppelten Werte nicht beizubringen vermögen. Darauf allein läßt sich aber die Anrechnung zum doppelten Geldwert nicht gut stützen. Es muß daher angenommen werden, daß der Gesetzgeber bewußt auf diese Beweisführung verzichtet und bewußt die bedingungslose Anrechnung zum doppelten Geldwert gewollt hat, sie jedoch auf die Zeiten nach dem 1. Januar 1921 beschränkt wissen wollte. Warum er diesen letzteren Zeitpunkt nicht auf den 20. Dezember 1920, den Tag des Beginns der Verdoppelung des Wertes der Beitrags-

Digitized by Google

marken legte, warum es also wiederum wie im Gesetz vom 26. Dezember 1920 (vgl. § 6 mit § 9) eine Lücke von zwei Wochen schuf, bleibt auch weiterhin in Dunkel gehüllt.

Das Gesetz läßt sich nicht darüber aus, ob in den Fällen, in welchen bis zu seiner Verkündung bereits Berichtigungsverfahren nach dem bisherigen Recht abgeschlossen worden sind, das Verfahren von Amts wegen oder nur auf Antrag wieder aufzunehmen und im Sinne des den betroffenen Arbeitgebern günstigeren neuen Rechtes zu erledigen ist. Nachdem das Gesetz Bestimmungen nicht enthält, wie sie in ähnlich gearteten Fällen verschiedentlich vorgesehen worden sind (vgl. § 4 der Bekanntmachung vom 12. Mai 1916, RGBl. S. 371), muß angenommen werden, daß eine Nachprüfung von Amts wegen nicht in Frage kommt. Wohl aber muß es den einzelnen Arbeitgebern freistehen, von sich aus eine Wiederaufnahme des Berichtigungsverfahrens zu beantragen; der Behandlung solcher Anträge können sich die zuständigen Stellen mit Rücksicht auf das rückwirkende Inkrafttreten des Gesetzes vom 7. April 1921 nicht entziehen.

Sollte es hierbei über die Frage der Anrechnung der Marken im Berichtigungsverfahren zu Streitigkeiten kommen, so hätte das Versicherungsamt gemäß § 1461 RVO. endgültig zu entscheiden.

Der Antrag auf Wiederaufnahme des Berichtigungsverfahrens wird stets an die Stelle zu richten sein, welche das Berichtigungsverfahren seinerzeit durchgeführt hat. Die Durchführung selbst wird jedoch der Landesversicherungsanstalt zu überlassen sein, wenn das einschlägige Karten- und Listenmaterial bereits an diese übersandt worden ist; im anderen Falle wird die angegangene Stelle den bisher zurückgehaltenen Betrag zurückvergüten.

III. Aufgaben der Post.

An der Vorschußleistung des Reiches für die Zahlung der Beihilfen bis zum Eingang der erhöhten Beiträge ändert auch das neue Gesetz nichts. Wohl aber ändert es den in seiner bisherigen Fassung von den Postbehörden mehr oder weniger Unmögliches fordernden § 8 des Gesetzes vom 26. Dezember 1920. Dort war vorgeschrieben, daß die obersten Postbehörden den Versicherungsträgern binnen 15 Tagen nach Ablauf jedes Monats mitzuteilen haben, welche Einnahmen aus der Erhebung der Beiträge sie erzielt und welche Aufwendungen für die Beihilfen sie gemacht haben. Die Mitteilung über den Erlös aus den Beiträgen ist jetzt auf den „Mehrerlös", d. i. auf den für die Bestreitung der Beihilfen bei der Post ruhenden Hälfteanteil der Pflichtmarken, also ohne den Erlös aus Zusatzmarken, beschränkt und wird nur mehr „monatlich" gefordert. Die Ermittlung der Aufwendungen für die Beihilfen wird besonderen, im Einvernehmen mit dem Reichsversicherungsamt zu treffenden Bestimmungen des Reichspostministeriums überlassen. Die Mitteilung des Ergebnisses dieser Ermittlungen an die Versicherungsanstalten erfolgt durch das „Reichspostministerium", womit die in einem Reichsgesetz doppelt befremdende, weil verfassungswidrige Ausdrucksweise „die obersten Postbehörden" beseitigt ist (Art. I Ziff. 5).

Das Gesetz vom 7. April 1921 bedeutet das Ende eines höchst unerfreulichen Kapitels neudeutscher Gesetzgebung. Den tiefgreifenden Schaden, den das Gesetz vom 26. Dezember 1920 angerichtet hat, mag es zwar materiell, aber nicht moralisch zu beheben. Die Väter des ersten Gesetzes waren übel beraten, als sie „aus politischen Gründen" glaubten, den deutschen Arbeitsinvaliden zu Weihnachten die Beihilfe in dieser Form auf den Tisch legen zu müssen. Bis weit in die Kreise der Versicherten hinein haben sie böses Blut erregt, ganz zu schweigen von den Kreisen, für die unsere Sozialpolitik seit jeher an einem Übermaß an Leistungen und Anforderungen krankt. Wenn man es darauf abgesehen hätte, unsere Arbeiterversicherung und gerade die ohnehin so spröd zu handhabende, weil so sehr von dem guten Willen

Digitized by Google

der Bevölkerung abhängige Invalidenversicherung mißliebig zu machen, hätte man es nicht besser anfangen können. Der einfache Mann im Volk denkt einfach und klar. Für ihn bedeutet die Verdoppelung von Beiträgen auch für Zeiten, für die noch der einfache Wert galt, der Rückersatz von zum Doppelten des Nennwertes gekauften Beitragsmarken zum einfachen Geldwert, daß sich der Staat, ohnehin schon schwach gegen Wucher- und Schiebertum, nun selbst in die Gesellschaft dieser Parasiten der Nation begibt. Mögen hier nun auch einschneidende Änderungen erfolgt sein, der Eindruck bleibt. Darum: Genug nun dieser Art von Gesetzgebung, dieses Gesetzgebungsdilettantismus! Aus besorgtem Herzen sei allen, die es angeht, für die Zukunft zugerufen: Videant consules, ne quid detrimenti res publica capiat!

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Festsetzung und Bekanntmachung der Ortslöhne mit Wirkung vom 1. Januar 1922 ab.

Erlaß des **preuß. Ministers für Volkswohlfahrt** vom 21. März 1921 (Volksw. S. 204).

Nach der Bekanntmachung vom 3. Juli 1916, betreffend Festsetzung der Ortslöhne (RGBl. S. 658), endigt mit dem 31. Dezember 1921 die Frist, für welche die erstmalige Festsetzung der Ortslöhne im ganzen Reiche gilt (§ 151 Abs. 1 RVO.). Unter Hinweis auf die Erlasse der Herren Minister für Handel und Gewerbe und für Landwirtschaft, Domänen und Forsten vom 18. August 1913 (HMBl. S. 541) und vom 9. März 1914 (HMBl. S. 125) ersuche ich, die Ortslöhne mit Wirkung vom 1. Januar 1922 anderweit festzusetzen und öffentlich bekanntzumachen (§ 149 Abs. 2 RVO.). Dabei empfehle ich, nicht nur die Gemeindebehörden und die Vorstände der beteiligten Versicherungsanstalten und Krankenkassen zu hören, sondern auch die Berufsgenossenschaften sowie geeignete örtliche Vertretungen der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer aus den Kreisen des Handels und der Industrie tunlichst zu beteiligen.

Die Veröffentlichung der festgesetzten Ortslöhne gemäß § 152 RVO. findet wie bisher durch das Statistische Reichsamt statt. Wegen Mitteilung der festgesetzten Ortslöhne an das Statistische Reichsamt verweise ich auf den Schlußsatz des Erlasses vom 18. August 1913 (HMBl. S. 541).

Erlöschen freiwilliger Versicherung durch Zahlungsverzug; Bestimmung des „Zahltags" (§ 314 Abs. 1 RVO.).

Beschluß des **Oberversicherungsamts Düsseldorf** vom 28. Februar 1921 (64 B. K. 20).

Nach § 4 Abs. 1b der Satzung, der mit § 314 Abs. 1 RVO. inhaltlich übereinstimmt, erlischt die Mitgliedschaft Versicherungsberechtigter, wenn sie zweimal nacheinander am Zahltage die Beiträge nicht entrichten und seit dem ersten dieser Tage mindestens vier Wochen vergangen sind. Eine genaue Bestimmung des Begriffes Zahltag enthält die Satzung aber nicht. Bezüglich der Versicherungsberechtigten bestimmt § 37 Abs. 2 nur, daß diese die Beiträge zum Zahltag einzuzahlen haben. Welcher Tag aber Zahltag ist, darüber fehlt in der Satzung eine Bestimmung völlig. Allerdings haben nach § 393 Ziff. 3 RVO. die Versicherungsberechtigten die Beiträge an demselben Tage einzuzahlen, wie die Arbeitgeber für die Versicherungspflichtigen. Aber auch hierfür ist kein bestimmter Zahltag festgesetzt, sondern nur die alsbaldige Zahlung nach jeder Lohnzahlung vorgeschrieben. Wann eine solche noch vorliegt, ist sehr zweifelhaft. Die Kasse pflegt den versicherungsberechtigten Mitgliedern mitzuteilen, daß die Zahlung der Beiträge bis zum 5. eines jeden Monats zu erfolgen habe. Eine bindende Vorschrift hierüber kann jedoch nach § 321 Ziff. 3 RVO. nur durch die Satzung erfolgen. Es muß daher angenommen werden, daß T. seine Beiträge auch noch nach dem 5. August 1920 entrichten konnte, daß er also nicht zweimal hintereinander mit der rechtzeitigen Beitragszahlung im Rückstand geblieben ist. T. hat demnach die Mitgliedschaft nicht verloren. Es dürfte sich für die Kasse empfehlen, in der Satzung bestimmte Zahltage festzusetzen.

Kein Verlust der freiwilligen Mitgliedschaft (§ 314 Abs. 1 RVO.), wenn Beiträge entsprechend besonderer Vereinbarung gezahlt sind.

Entscheidung des **Versicherungsamts Hamburg** v. 28. Januar 1921 (2188/20. K.).

Der Antragsteller, freiwilliges Mitglied einer Betriebskrankenkasse, verzog im Februar 1920. Vor seiner Abreise fragte er bei der Kasse an, ob er zur Ersparung von Portokosten die satzungsmäßig monatlich zu zahlenden Beiträge nicht alle zwei Monate

Digitized by Google

einsenden könne. Er behauptet, daß ihm dies gestattet worden sei. Jedenfalls hat er daraufhin nur alle zwei Monate die inzwischen fälligen Beiträge eingesandt. Die Antragsgegnerin hat diese Behauptung nicht ausdrücklich bestritten, sondern nur erklärt, daß auf Anfrage jedem freiwilligen Mitgliede die Auskunft gegeben werde, daß es zwei Monate mit den Beiträgen im Rückstande bleiben dürfe, daß aber spätestens an dem ersten Werktag des folgenden Monats der Beitrag bei der Kasse eingegangen sein müsse, widrigenfalls der Ausschluß erfolge. Am 23. April 1920 zahlte der Versicherte als Beiträge für März und April 20,16 ℳ ein und am 23. Juni für die weitere Zeit ebenfalls 20,16 ℳ. Es waren jedoch für März 5 × 2,52 ℳ = 12,60 ℳ und für April 4 × 2,52 ℳ = 10,08 ℳ, zusammen also für März und April 22,68 ℳ zu zahlen, so daß für die letzte Aprilwoche noch ein Restbetrag von 2,52 ℳ rückständig blieb. Für Mai und Juni mit je 4 Wochen waren 20,16 ℳ zusammen zu zahlen. Der Restbetrag aus April hätte nach Ansicht der Kasse bis zum 1. Juni bei der Kasse eingezahlt sein müssen. Da dies nicht geschehen ist, so hat die Kasse auf Grund des § 4 Abs. 1b ihrer Satzung und § 314 Abs. 1 RVO. das Mitglied ausgeschlossen. Der Antragsteller hält den Ausschluß für unzulässig und hat daher beantragt, in diesem Sinne zu entscheiden, da auf Grund der Erlaubnis der Kasse, seine Beiträge zweimonatlich zu zahlen, sein Ausschluß nur hätte erfolgen können, wenn er mehr als vier Monate mit seinem Beitrag im Rückstande war. Auch wäre es Pflicht der Kasse gewesen, ihn gleich nach der ersten Zahlung am 23. April darauf aufmerksam zu machen, daß noch ein Beitrag für eine Woche zu zahlen sei. Es verstoße gegen Treu und Glauben, wenn die Kasse aus dieser Versäumnis Rechte für sich herleiten wolle. — Die Kasse hat um Abweisung des Antrages gebeten. Allen freiwillig weiterversicherten Mitgliedern werde bei ihrem Übertritt ein Merkzettel ausgehändigt, aus dem ersichtlich sei, daß für jeden Kalendermonat so viel Wochenbeiträge zu zahlen seien, als Montage in dem Monat lägen. — Der Antragsteller hat nicht bestritten, ebenfalls einen solchen Zettel erhalten zu haben. Trotzdem aber wäre der Ausschluß zu Unrecht erfolgt, denn er hätte in gutem Glauben gehandelt und hätte den fehlenden Betrag sofort nachbezahlt, wenn die Kasse ihn darauf aufmerksam gemacht hätte. Er hätte doch fast die ganze Summe bezahlt und § 4 der Satzung könne nur dahin ausgelegt werden, daß das Mitglied mit der vollen Summe der Beiträge, die zwischen den Zahltagen fällig geworden wäre, im Rückstand geblieben sein müsse. Auch sei er nicht zweimal nacheinander mit der Zahlung der Beiträge im Rückstand geblieben, sondern nur einmal, indem er bei der Aprilzahlung seinen Beitrag für März nicht voll entrichtet hätte.

Das Versicherungsamt entschied: daß die Mitgliedschaft noch besteht. — Gründe:

Der Ausschluß erschien nach Lage der Sache unbegründet. Zwar kommt es nicht darauf an, ob das Mitglied schuldhaft oder ohne Verschulden mit der Zahlung der Beiträge im Rückstande geblieben ist. Auch ein Irrtum über die Zahlungszeiten und die zu zahlenden Beträge kann ihn nicht von den Folgen des § 314 RVO. im Falle der Zahlungssäumnis schützen. In diesem Falle aber war er nicht zweimal nacheinander mit seiner Beitragszahlung im Rückstande geblieben. Die Kasse hat nicht bestritten, daß er um die Erlaubnis gebeten hat, seine Beiträge alle zwei Monate einsenden zu dürfen. Ob sie ihn, wie man aus der Erklärung der Kasse annehmen könnte, tatsächlich darauf aufmerksam gemacht hat, daß der Ausschluß erfolge, wenn er dann mit den Beiträgen für den ersten Monat in Rückstand gerate, ist zweifelhaft und wenig wahrscheinlich, kann aber dahingestellt bleiben. Eine solche Auskunft würde der Rechtslage widersprechen. Denn da die Kasse damit einverstanden war, daß er seine Beiträge alle zwei Monate nachträglich einzahlte, so sind damit die Zahltage für ihn in der Weise festgesetzt, daß er alle zwei Monate zahlen konnte. Seine Mitgliedschaft konnte daher nach § 314 RVO. und § 4 Abs. 1 der Satzung erst dann erlöschen, wenn er auch nach Ablauf weiterer zwei Monate einen aus den ersten zwei Monaten rückständig gebliebenen Beitrag oder Beitragsteil nicht entrichtete. Von seiner Beitragszahlung am 23. Juni mußte aber der für März—April rückständig gebliebene Beitragsteil in erster Linie gedeckt werden. Er hat somit den am 1. Mai rückständig gebliebenen Beitragsteil bis zum nächsten Zahltage, das war der 1. Juli, entrichtet und ist somit nicht zweimal nacheinander an dem für ihn geltenden Zahltage mit seinen Beiträgen im Rückstand geblieben. (Vgl. Hahn, Handb. der Krankenverf., Anm. 1a zu § 314 und die dort zitierte Entsch. des Kammergerichts bei Reger Bd. 30 S. 448.)

Selbst wenn man dieser Auffassung nicht folgen wollte, so würde der Ausschluß aus einem anderen Grunde unzulässig sein. § 314 RVO. läßt die Mitgliedschaft Versicherungsberechtigter erlöschen, wenn sie zweimal nacheinander am Zahltage die Beiträge nicht entrichten. Dabei ist zunächst nur an den Fall zu denken, daß die vollen Beiträge an zwei aufeinander folgenden Zahltagen nicht entrichtet werden. Der Ausschluß würde allerdings auch dann erfolgen müssen, wenn an beiden Zahltagen nur Teilbeträge entrichtet werden, welche die Kasse, wozu sie an sich befugt wäre, nicht zurückweist. (Vgl. Hahn, a. a. O.) Es kann aber nicht angenommen werden, daß der Ausschluß auch dann erfolgen darf, wenn der Schuldner mit einem Beitragsteil nur für eine der Zahlungsperioden im Rückstand geblieben ist, und für die folgende Zahlungsperiode die Beiträge voll entrichtet hat. Eine strengere Auslegung der ohnehin harten Bestimmung erscheint nicht begründet, ist durch die Fassung des Gesetzes nicht geboten und widerspricht dem sozialen Sinn des Gesetzgebers. Auch ist das Versicherungsamt der Ansicht, daß nach dem Grundsatz von Treu und Glauben, der auch die Rechtsbeziehungen in dem vertragsähnlichen Verhältnis zwischen Kassenvorstand und freiwilligen Kassenmitgliedern beherrschen muß, die Kassenverwaltung, welche einen nicht genügenden Beitrag annimmt, verpflichtet ist, den Schuldner darauf hinzuweisen, daß er nicht voll bezahlt hat und den Fehlbetrag noch einzuzahlen hat. Andernfalls kann der Schuldner, welcher glaubt, seiner Pflicht nachgekommen zu

Digitized by Google

sein, ja gar nicht den Rückstand noch rechtzeitig tilgen, ehe der Ausschluß erfolgt. Denn erst durch die Mitteilung des Ausschlusses erhält er alsdann Kenntnis von dem Rückstand. Das widerspricht jedem Rechtsgefühl und vor allem auch der Absicht des Gesetzgebers, der gerade in § 314 RVO. den freiwilligen Mitgliedern die Möglichkeit hat geben wollen, noch am zweiten Zahltage eine Beitragsschuld aus der ersten Zahlungsperiode nachzuholen. Es war daher zu entscheiden wie geschehen.

B. Zur Angestelltenversicherung.

Grundsätzliche Entscheidungen des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung.

(„Angestelltenversicherung" 1921 S. 43 ff.)

Nr. 452. Ist die Absicht des Ausscheidens einer weiblichen Versicherten aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung wegen ihrer bevorstehenden Heirat nachgewiesen, so wird der ursächliche Zusammenhang im Sinne des § 62 des Versicherungsgesetzes für Angestellte dadurch nicht aufgehoben, daß vor der tatsächlichen Aufgabe der Beschäftigung der Jahresarbeitsverdienst die gesetzliche Höchstgrenze der Versicherungspflicht überschritten hat.

Nr. 453. Der Anspruch auf Rückforderung der in der irrtümlichen Annahme des Rechts zur Weiterversicherung entrichteten Beiträge unterliegt der sechsmonatigen Verjährung des § 228 Abs. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte, nicht der zehnjährigen Verjährung des § 209 Abs. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

Nr. 454. Der Anspruch auf Beitragserstattung aus § 62 des Versicherungsgesetzes für Angestellte wird dadurch nicht ausgeschlossen, daß zur Zeit der Heirat zufolge Überschreitens der Höchstgehaltsgrenze eine Versicherungspflicht vorübergehend nicht gegeben war.

Versicherungsfreiheit der Krankenkassenangestellten nach § 9 AngestVersGes.

Erlaß des **preuß. Ministers für Volkswohlfahrt** vom 1. Februar 1921 (Volksw. S. 183).

Unter Aufhebung des Erlasses des Herrn Ministers für Handel und Gewerbe vom 24. Februar 1919 — III 1228 — (Handels-MinBl. S. 60) bestimme ich folgendes:

Die Anwartschaft auf Ruhegehalt und Hinterbliebenenrente im Sinne des § 9 Abs. 1 des Angestelltenversicherungsgesetzes hat von jetzt ab als gewährleistet zu gelten, wenn der Angestellte einer Krankenkasse durch die Dienstordnung oder durch ein Regulativ des Oberversicherungsamts (Erlaß vom 18. Februar 1914) mit Anwartschaft auf Ruhegehalt und Hinterbliebenenversorgung in dem daselbst vorgesehenen Mindestbetrage — sei es auf Lebenszeit oder auf Kündigung — planmäßig angestellt ist.

Indem ich hinsichtlich des Begriffs Anwartschaft auf Ziffer 26 der Anleitung des Reichsversicherungsamts über den Kreis der nach der Reichsversicherungsordnung gegen Invalidität und gegen Krankheit versicherten Personen vom 26. April 1912 verweise, ersuche ich Sie, nach diesen Gesichtspunkten bei den Ihnen gemäß Erlaß vom 2. Juni 1913 — III 3541 — (Handels-MinBl. S. 442) übertragenen Entscheidungen zu verfahren.

Zusammenhang zwischen Heirat und Ausscheiden aus der Versicherungspflicht als Voraussetzung der Beitragserstattung nach § 62 Angest. Vers. Gesetz.

Urteil des **Oberschiedsgerichts für AngestVers.** vom 4. November 1920 (P. 191/20).

Die Entscheidung hängt ab von der Frage des ursächlichen Zusammenhanges zwischen der Heirat der Versicherten und dem Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung. Wie in den beiden grundsätzlichen Entscheidungen vom 16. Dezember 1919 in Sachen S. — P. 179/19 — und Sch. — P, 181/19 — „AngestVers." 20 S. 48 Nr. 388 näher dargelegt ist, ist bei der Bestimmung des ursächlichen Zusammenhanges von dem allgemeinen Sprachgebrauch und dem Begriff der Ursächlichkeit im Rechtssinne auszugehen. Es sind nicht alle Bedingungen des Erfolges, einerlei mit welcher Schwere sie zu ihm beigetragen haben und in welchem Zusammenhange sie mit ihm stehen, als Ursache zu behandeln; vielmehr müssen als Ursachen unter Abwägung ihres verschiedenen Wertes nur die Bedingungen herausgegriffen werden, die wegen ihrer besondern Verbindung zum Erfolge zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. Es kommt darauf an, ob der Zusammenhang nach der Auffassung des Lebens vernünftigerweise in Betracht gezogen werden muß oder nicht. Als Ursache des Ausscheidens kommt nicht jeder Umstand in Betracht, der irgendwie dazu beigetragen hat; vielmehr muß die Ursache wesentlich mitgewirkt haben, so daß sie auch nach der Auffassung des Lebens vernünftigerweise als Ursache betrachtet werden kann.

Wie das Oberschiedsgericht ferner in ständiger Rechtsprechung festgehalten hat (zu vgl. insbesondere die grundsätzlichen Entscheidungen vom 16. Dezember

Digitized by Google

1919 in Sachen H. — P. 180/19 — und in Sachen B. — P. 183/19 — a. a. O. 1920 S. 45 ff. Nr. 386 und 387) ist die Frage des ursächlichen Zusammenhanges in wohlwollender und den wirtschaftlichen Zwecken des Gesetzes entsprechender Weise auszulegen, und es sind allzustrenge Anforderungen an den zu führenden Beweis nicht zu stellen.

Von diesen Grundsätzen geht auch die grundsätzliche Entscheidung vom 15. April 1920 in Sachen W. aus. Auch hier ist darauf hingewiesen, daß es auf den ursächlichen Zusammenhang zwischen der Heirat und dem Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ankomme, daß diese Frage in wohlwollender Weise ausgelegt werden müsse, daß aber in dem dort entschiedenen Falle der ursächliche Zusammenhang nicht gegeben sei. Die Versicherte war damals lediglich durch Überschreiten der gesetzlichen Höchstgrenze aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausgeschieden. Es ist ausdrücklich hervorgehoben, daß das Ausscheiden mit der späteren Verheiratung der Versicherten nichts zu tun hat.

Im vorliegenden Falle ist der ursächliche Zusammenhang zwischen dem Ausscheiden und der Verheiratung der Versicherten offensichtlich. Die Versicherte hatte von vornherein ein Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung in Aussicht genommen und nur deshalb hinausgeschoben, weil ihr Ehemann noch keine Wohnung gefunden hatte; sobald dieses Hindernis beseitigt war, ist die Versicherte aus der Beschäftigung ausgeschieden und der gemeinsame eheliche Haushalt begründet worden.

Allerdings trat im vorliegenden Falle als zweite Ursache noch die Überschreitung der gesetzlichen Höchstgehaltsgrenze der Versicherung in der Zeit vom 29. Februar bis zum 1. Mai 1920 hinzu. Wie in der grundsätzlichen Entscheidung vom 27. Oktober 1920 in Sachen Sch. — P. 182/20 — bereits erörtert ist, wird der ursächliche Zusammenhang aber dadurch nicht ausgeschlossen, daß gleichzeitig mit dem tatsächlichen Ausscheiden aus der Beschäftigung durch eine Gehaltserhöhung die gesetzliche Höchstgehaltsgrenze überschritten wird und damit rechtlich die Versicherungspflicht wegfällt. Im vorliegenden Falle kommt dieser Gesichtspunkt aber auch deshalb nicht in Betracht, weil vor dem Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung, nämlich vom 1. Mai 1920 ab, durch die Änderung der Gesetzgebung die Versicherungspflicht der Klägerin wiederhergestellt wurde. Daß gerade zur Zeit der Heirat eine versicherungspflichtige Beschäftigung bestanden haben müsse, ist nicht erforderlich. Maßgebend ist als Versicherungsfall das Ausscheiden, nicht die Heirat; zur Zeit des Ausscheidens war Versicherungspflicht gegeben. Die Entscheidung ist vielmehr in allen diesen und den gleichartigen Fällen darauf abzustellen, ob ein ursächlicher Zusammenhang zwischen dem Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung und der Heirat anzunehmen ist. Hierbei sind die in der Rechtsprechung des Reichsgerichts und des Reichsversicherungsamts vielfach behandelten Grundsätze anzuwenden, wie in den beiden zuerst angeführten grundsätzlichen Entscheidungen vom 16. Dezember 1919 näher erörtert ist.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Neue Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Ärzten.

Zwischen Vertretern des Leipziger Ärzteverbandes und des Deutschen Ärztevereinsbundes einerseits und den fünf Krankenkassenhauptverbänden haben am 22. 3. 21 Verhandlungen stattgefunden und zu Vereinbarungen geführt, vorbehaltlich der bis zum 15. 4. 21 zu erklärenden Zustimmung der beteiligten Verbände. Diese Zustimmung ist inzwischen rechtzeitig erfolgt.

Die Niederschrift über die Vereinbarungen lautet:

I. Zentralschiedsamt.

Es wurde zunächst in eine Beratung über das Zentralschiedsamt eingetreten und hierüber als Provisorium bis zu einer gesetzlichen Regelung folgendes vereinbart:

A. Das Zentralschiedsamt hat seinen Sitz in Berlin. Es besteht aus drei unparteiischen Mitgliedern und aus sechs Parteivertretern, von denen je drei der Ärzte- und Kassenseite bestellt werden. Die drei unparteiischen Mitglieder, unter denen sich der Vorsitzende befindet, werden von dem Präsidenten des Reichsversicherungsamts ernannt, mit dem dieserhalb von den Herren Geheimrat Herzau und Justizrat Wandel Rücksprache genommen werden soll. (Der Präsident des Reichsversicherungsamts hat inzwischen eine entsprechende Zusage gegeben.)

B. Gegen die Entscheidung der Schiedsämter ist die Revision an das Zentralschiedsamt zulässig, soweit sie gestützt wird auf eine Verletzung des geltenden Rechts oder auf wesentliche Mängel des Verfahrens.

Die Berufung an das Zentralschiedsamt ist zulässig, wenn es sich handelt um

a) eine Änderung des bei der Kasse bestehenden Arztsystems bzw. Einführung eines bestimmten Arztsystems bei einer neuen Kasse,
b) eine Erhöhung oder Ermäßigung der Gesamtvergütung um mehr als 30 v. H. gegenüber dem bisher vertraglich zu zahlenden Entgelt,
c) eine Honorarfestsetzung, der eine grundsätzliche Bedeutung beizumessen ist. Ob ein grundsätzlicher Fall vorliegt, wird durch Beschluß der drei unparteiischen Mitglieder des Zentralschiedsamts entschieden.

Das Zentralschiedsamt entscheidet über die Tragung der durch das Verfahren entstandenen Kosten.

II. Erneuerung des Tarifabkommens.

Vor der Entscheidung darüber, ob der Tarifvertrag fortgesetzt werden soll, wurde folgendes verhandelt:

Digitized by Google

1. Die von der Ärzteseite angeregte Erhöhung der Grundgebühren für Besuch und Beratung wurde von der Kassenseite einmütig abgelehnt. Herr Geheimrat Herzau erklärte, daß sich die Ärzte hiermit würden abfinden müssen.

2. Es soll ein Ausschuß, bestehend aus den Herren Lehmann, Meyer, Streffer, Hager, die preußische Gebührenordnung daraufhin durchprüfen, inwiefern einzelne Sätze im Hinblick auf die besonderen Bedürfnisse der Krankenversicherung abgeändert werden müssen. Es wird in Aussicht genommen, dieserhalb im preußischen Ministerium für Volkswohlfahrt vorstellig zu werden.

3. Von der Kassenseite wurden die Mißstände zur Sprache gebracht, die sich bei der Berechnung der Einzelleistungen durch die Fachärzte an vielen Orten herausgestellt haben. Die Herren Ärzte ersuchen, dem Leipziger Verbande die Unterlagen über derartige Vorgänge zur Verfügung zu stellen; sie erklären hierbei, daß sie eine unzulässige Ausnutzung der Gebührenordnung durch die Fachärzte auf das schärfste mißbilligen.

4. Es besteht Einverständnis darüber, das Tarifabkommen bis zum 31. März 1922 fortzusetzen unter der Voraussetzung, daß über die heute noch strittigen Punkte eine Einigung erzielt wird, insbesondere über die Berechnung der Gebühren der Fachärzte für Beratung und Untersuchung."

Kinderzulage für uneheliche Kinder nach dem Reichsversorgungsgesetz.

Vielfach weigern sich Väter unehelicher Kinder, wegen eines unehelichen Kindes die Kinderzulage zu beantragen. Es fragt sich nun:

1. Wann hat ein uneheliches Kind oder dessen Mutter ein Interesse an der Kinderzulage oder an der Rente überhaupt?

2. Ist es angängig, daß der Vater auf die Rente oder einen Teil derselben verzichtet, wenn das uneheliche Kind oder dessen Mutter ein Interesse an den Versorgungsgebührnissen hat?

3. Was kann gegen einen solchen Verzicht geschehen?

Zu 1. Die Kinderzulage gehört zu den Versorgungsgebührnissen, welche dem Vater zustehen. Sie wird an ihn gezahlt, und er hat unter gewöhnlichen Umständen über sie zu verfügen. Sie stellt nicht etwa, wie von manchen Müttern angenommen zu werden scheint, eine besondere Versorgung des unehelichen Kindes dar, die diesem außer der bisherigen Leistung an Unterhaltsgeldern zu zahlen wäre. Kommt der Vater der Unterhaltspflicht entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen voll nach, so entfällt mithin das Interesse des Kindes oder der Mutter an der Versorgung und der Kinderzulage. Das Interesse an derselben beginnt erst, wenn der Vater der Unterhaltspflicht nicht oder nicht in dem Maße nachkommt, das von ihm verlangt werden kann, wenn er die gesetzlich ihm zustehende Versorgung einschließlich der Kinderzulage erhält. Zur Zeit liegt ein Gesetzentwurf vor, nach welchem die Erziehung des Kindes sich nach den Verhältnissen des bessergestellten Elternteils richten soll. Infolgedessen wird es fernerhin für die Unterhaltsleistung des Vaters gegenüber dem Kinde noch mehr als bisher auf die Höhe des Einkommens ankommen, das der Vater bezieht. Es wird deshalb in Zukunft ein erhebliches Interesse des Kindes bzw. der Mutter an den Versorgungsgebührnissen des Vaters und damit an der Kinderzulage bestehen, insoweit deren Bezug eine Erhöhung des Einkommens des Vaters mit sich bringt und eine Erhöhung des Unterhaltsgeldes nach dem Gesetz bedingt.

Zu 2. Aus dem Vorstehenden ergibt sich auch die Beantwortung der zweiten Frage. Wird das Interesse des Kindes durch den Verzicht auf die Versorgungsgebührnisse nicht berührt, d. h.: zahlt der Vater so, als ob er die Versorgungsgebührnisse erhielte, so ist gegen den Verzicht auf die Versorgungsgebührnisse dann nichts einzuwenden, wenn die Gewähr dafür besteht, daß der Vater für die Dauer der Unterhaltsverpflichtung den Unterhalt in der gleichen Weise wird bestreiten können. Besteht diese Sicherheit nicht, so würde der Verzicht auf die Versorgung durch den Vater den Wegfall einer gewissen Sicherung der Zukunft des Kindes bedeuten. Der Verzicht auf die Versorgung wäre also einer Schädigung der Interessen des Kindes gleichzuachten. Eine solche Schädigung dürfte nicht angängig sein.

Zu 3 müssen also zwei Fälle unterschieden werden:

Fall a): Der Vater kommt der Unterhaltspflicht gegenüber dem Kinde bzw. der Mutter nicht nach. In diesem Falle kann der Anspruch auf die Versorgungsgebührnisse nach § 68, 2. des RVG. gepfändet werden, soweit der Vater ihrer nicht zum Eigenunterhalt oder zur Erfüllung einer vorangehenden oder gleichstehenden Unterhaltspflicht bedarf (§ 70).

Diese Einschränkung gilt jedoch nicht bezüglich des Anspruchs auf die Kinderzulage, die dem Vater für das uneheliche Kind zusteht (s. Ausführungsbestimmungen Ziff. 6 zu § 30). Wenn also das Gesetz den Anspruch auf die Versorgungsgebührnisse für pfändbar erklärt, so dürfte daraus abzuleiten sein, daß ein Verzicht des Vaters auf die Versorgung im Falle der nicht vollen Erfüllung der Unterhaltspflicht unwirksam sein muß. Wird dem Antrag auf Pfändung des Anspruches stattgegeben, so muß dem Inhaber des Pfandes die Möglichkeit gegeben sein, das Pfand zu verwerten, also die Versorgung entsprechend § 1 des RVG. zu beantragen. Die Möglichkeit hierzu besteht offenbar, denn das Reichsversorgungsgesetz und die Ausführungsbestimmungen zu demselben besagen nicht, daß der Versorgungsantrag von dem Versorgungsberechtigten selbst eingereicht werden müsse, und daß eine Versorgung wider Willen nicht erfolgen könne.

Es fehlt allerdings auch jeder Hinweis auf die Möglichkeit der Beantragung der Versorgung durch denjenigen, für welchen die Pfändung des Anspruchs auf die offenbar zustehende Versorgung ausgesprochen worden ist.

Im anderen Falle b) soll der Vater der Unterhaltspflicht zur Zeit voll genügen. Es ist aber unsicher, ob er bei Verzicht auf die Versorgungsgebührnisse seiner Unterhaltsverpflichtung wird dauernd nachkommen können. Es ist ferner anzunehmen, daß er nach neuer gesetzlicher Regelung der Unterhaltspflicht bei Bezug der Versorgungsgebührnisse einen höheren Unterhaltsbetrag als zur Zeit bzw. als ohne Bezug der Versorgungsgebührnisse wird zahlen müssen. Mit anderen Worten, die im Fall a gesetzte Voraussetzung besteht zur Zeit noch nicht, kann aber eintreten. Tritt sie ein, so gilt das unter a Gesagte. Inzwischen kann aber der Anspruch auf Versorgung verjährt sein. Deshalb erscheint es nicht unbillig, zu verlangen, daß eine gesetzliche Regelung in dem Sinne erfolgt, daß auch im Falle b auf Antrag eine Pfändung des Anspruches auf die Versorgung erfolgen kann. Ferner muß in allen Fällen der Pfändung des Anspruches dem Pfandgläubiger die Möglichkeit gesichert werden, die Versorgung

Digitized by Google

des betreffenden Vaters rechtswirksam zu beantragen.

Schließlich wäre es wünschenswert, daß der Vater eines unehelichen Kindes durch die gesetzlichen Bestimmungen über die Unterhaltspflicht dafür haftbar gemacht würde, daß den Unterhaltsberechtigten durch einen Verzicht auf gesetzlich zustehende Gebührnisse kein Nachteil erwächst.

Bei der Wichtigkeit der Frage würde es erwünscht sein, wenn sich weitere Kreise mit ihr beschäftigen und ihre Ansichten zur weiteren Verwertung der Kriegerhinterbliebenen-Abteilung des Kyffhäuser-Bundes (Berlin W 50) mitteilen würden.

Deutscher Tuberkulosekongreß.

Am 18. 5. 21 tritt in Bad Elster der Deutsche Tuberkulosekongreß zusammen. Das überaus reiche Programm dieser Tagung darf gerade unter den gegenwärtigen Verhältnissen das Interesse weitester Kreise beanspruchen. Die Tagesordnung lautet:

Donnerstag, den 19. Mai:
Entstehung und Verbreitung der Tuberkulose.
Vormittagssitzung 9 Uhr pünktlich:

Eröffnungsansprache des Vorsitzenden, Präsidenten Bumm-Berlin.

1. Ministerialdirektor Kirchner-Berlin: Der Einfluß des Weltkrieges auf die Tuberkulose.

Generaloberstabsarzt Schultzen-Berlin: Tuberkulose im deutschen Kriegsheere.

Professor Abderhalden-Halle: Einfluß der Art der Ernährung auf den Gesundheitszustand des Volkes.

2. Professor Reichenbach-Göttingen: Ansteckungsquellen und Ansteckungswege.

Professor Lydia Rabinowitsch-Berlin: Bedeutung der Haustiere für die Verbreitung der Tuberkulose.

Professor Abel-Jena: Tuberkulose und Wohnung.

Ministerialrat Kölsch-Berlin: Tuberkulose und Arbeitsstätte.

Professor Lentz-Berlin: Die neue preußische Desinfektionsordnung für Tuberkulose.

Professor Uhlenhuth-Berlin: Neuere Verfahren zur Desinfektion tuberkulösen Sputums.

Erörterung:

Vorgemerkt: Dr. Alfons Fischer-Karlsruhe (Soziale Umwelt).

Nachmittagssitzung 3 Uhr pünktlich:
Fortsetzung der Erörterung:

3. Professor v. Wassermann und Professor Neufeld-Berlin: Immunität bei Tuberkulose.

Privatdozent Bauer-Wien: Konstitution und Disposition.

Erörterung:

Vorgemerkt: Professor Selter-Königsberg (Tuberkulinüberempfindlichkeit).

Freitag, den 20. Mai:
Behandlung der Tuberkulose mit besonderer Berücksichtigung der Kindertuberkulose.
Vormittagssitzung 9^{30} Uhr pünktlich:

1. Geheimrat Turban-Davos: Allgemeine Behandlung der Tuberkulose.

2. Professor Rietschel-Würzburg: Die Tuberkulose des Kindesalters.

Professor Moro-Heidelberg: Die Diagnose der Tuberkulose des Kindesalters.

Professor v. Pirquet-Wien: Ernährungsbehandlung tuberkulöser Kinder.

Professor Brauer-Hamburg: Operative Behandlung der Lungentuberkulose bei Kindern.

Privatdozent Kisch-Berlin: Sonnenbehandlung der sogenannten chirurgischen Tuberkulose.

Dr. Simon-Aprath: Klinische Behandlung der Tuberkulose im Kindesalter mit besonderer Berücksichtigung der Kinderheilstätten.

Professor Kayserling-Berlin: Lungenherde bei Kindern im Röntgenbilde.

Erörterung:

Vorgemerkt: Dr. Schröder-Schömberg (Behandlung der Lungentuberkulose).

Dr. Klare-Scheidegg (Behandlung der Kindertuberkulose).

Professor Bacmeister-St. Blasien (Röntgen- und Strahlenbehandlung).

M. d. R. Adele Schreiber-Krieger-Berlin (Erholungsfürsorge für Kinder).

Nachmittagssitzung 3 Uhr pünktlich:
Fortsetzung der Erörterung.

Sonnabend, den 21. Mai:
Die soziale Bekämpfung der Tuberkulose.
Vormittagssitzung 9 Uhr pünktlich:

Präsident Kaufmann-Berlin: Die soziale Bekämpfung der Tuberkulose.

Privatdozent Gräff-Freiburg: Über die Bedeutung der Einteilung der Lungentuberkulose nach pathologisch-anatomischen Gesichtspunkten.

Professor Sauerbruch-München: Die Bedeutung der chirurgischen Behandlung der Lungentuberkulose für die soziale Fürsorge.

Professor Petruschky-Danzig: Ambulante spezifische Behandlung der Lungentuberkulose.

Professor Kehrer-Dresden: Schwangerschaft und Tuberkulose.

Professor Beschorner-Dresden: Berufsberatung und Berufsversorgung.

Professor Martineck-Berlin: Versorgung tuberkulöser Kriegsbeschädigter.

Professor Moellers-Berlin: Bekämpfung der Tuberkulose durch die Gesetzgebung.

Professor Thiele-Dresden: Betriebsräte und Tuberkulose.

Erörterung:

Vorgemerkt: Direktor Alb. Kohn-Berlin (Krankenkassen).

Hofrat Frankenburger-Nürnberg (Fürsorgestellen).

Dr. Ritter-Edmundsthal (Lungenheilstätten).

Professor Reißer-Stettin (Versorgung schwerkranker Tuberkulöser).

Stadtarzt Wendenburg-Bochum (Mittelstand).

Professor Adam-Berlin (Hygienische Volksbelehrung).

Lehrer Lorentz-Berlin (Die Volksaufklärung im Dienste der Tuberkulosebekämpfung).

Dr. J. W. Samson-Berlin (Prostitution).

Nachmittagssitzung 3 Uhr pünktlich:
Fortsetzung der Erörterung.

Vom Erstattungsanspruch weiblicher Versicherter nach § 62 AngestVersGes. im Falle der Heirat.

Bei den vielen Ehen, die jetzt geschlossen werden, verdient die Bestimmung des Versicherungsgesetzes für Angestellte besonders hervorgehoben zu werden,

Digitized by Google

wonach weiblichen Versicherten, die infolge Verheiratung aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausscheiden, unter gewissen Voraussetzungen ein Anspruch auf Erstattung ihrer Beitragshälften zusteht. Im vergangenen Jahr sind bei dem Rentenausschuß Berlin der Angestelltenversicherung rund 24 800 Anträge auf Erstattung eingegangen. Über 18 500 derartigen Anträgen konnte im gleichen Zeitraum durch anerkennenden Bescheid stattgegeben werden. Durchschnittlich sind es etwa 450 ℳ, die den einzelnen verheirateten weiblichen Versicherten wieder erstattet werden konnten, eine Summe, die immerhin manche kleine Anschaffung für den neuen Haushalt ermöglicht und daher von jeder Berechtigten gern entgegengenommen werden wird. Aber dieses Recht des Anspruchs auf Erstattung ist an gewisse Voraussetzungen geknüpft, die erfüllt sein müssen. Ein Haupterfordernis ist, daß die Versicherte ihre versicherungspflichtige Beschäftigung infolge Verheiratung aufgegeben hat*), wobei es ohne Bedeutung ist, ob das Ausscheiden aus der Beschäftigung einige Zeit vor oder selbst einen beträchtlichen Zeitraum nach der Verheiratung erfolgt ist. Es muß nur zwischen Verheiratung und Ausscheiden ein ursächlicher Zusammenhang bestehen, der daher, falls er nicht ohne weiteres ersichtlich ist, bei der Stellung des Antrages besonders betont und begründet werden muß. Ein zweites Haupterfordernis ist, daß vor dem Ausscheiden die Wartezeit erfüllt ist, d. h., daß für mindestens 60 Monate versicherungspflichtiger Beschäftigung Beiträge gezahlt sind, oder wenn das nicht der Fall ist, daß dann zusammen für mindestens 90 Monate Pflicht- und freiwillige Beiträge entrichtet sind. Schließlich muß auch die Anwartschaft aufrechterhalten sein, d. h. es müssen bis zum Ausscheiden in jedem Kalenderjahre mit Ausnahme des ersten Beitragsjahres mindestens 8 Beitragsmonate durch Beiträge oder Ersatztatsachen (z. B. Krankheit) nachgewiesen sein.

Jede in der Angestelltenversicherung versicherte weibliche Angestellte, die sich verheiraten will und von dem Anspruch auf Erstattung ihrer Beitragshälften Gebrauch machen will, wird also zweckmäßig vor ihrem Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung prüfen, ob bei ihr die vorstehenden Voraussetzungen sämtlich erfüllt sind. Stellt sie z. B. fest, daß für sie bis jetzt erst für 58 Monate Pflichtbeiträge gezahlt worden sind, so wird sie lieber noch zwei Monate länger in der versicherungspflichtigen Beschäftigung bleiben und gegebenenfalls die Heirat um kurze Zeit aufschieben. Stellt sie fest, daß in dem einen Jahr nur 6 Monatsbeiträge für sie gezahlt worden sind (weil sie z. B. das andere halbe Jahr ohne Stellung war), so muß sie noch vor ihrem Ausscheiden die fehlenden 2 Beiträge als freiwillige nachentrichten. Dann aber kann sie getrost den Antrag auf Erstattung beim Rentenausschuß Berlin der Angestelltenversicherung, Berlin-Wilmersdorf, Nikolsburger Platz 2, unter Beifügung ihrer Versicherungskarten und einer standesamtlichen Heiratsurkunde (die für diesen Zweck gebührenfrei ausgestellt wird) einreichen, und sie wird nicht enttäuscht werden, wie vielleicht die eine oder andere ihrer Freundinnen und Kolleginnen, die diese Bestimmungen nicht genügend kannte und daher abgewiesen werden mußte.

Beantwortung von Anfragen.

Rechtsauskünfte aus unserem Arbeitsgebiet erteilen wir den Beziehern unserer Zeitschrift bereitwillig, ohne indessen eine Verpflichtung oder eine zivilrechtliche Haftung zu übernehmen. Für schriftliche Auskunft wird Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten, und zwar auch dann, wenn nur Bescheid durch die Zeitschrift erbeten, die Sache aber zur Veröffentlichung an dieser Stelle nach unserem Ermessen nicht geeignet ist.

Anspruch des Kassenarztes auf Bezahlung für Behandlung mit Höhensonne neben dem vertraglichen Pauschale.

1. **Nach Meinerzhagen.** Antwort: Nach dem Arztvertrage erhalten die Ärzte außer dem Jahreskopfpauschale von 30 ℳ noch ein weiteres Pauschale von 9 ℳ „für Sonderleistungen und Wegegebühren". Wir können das nur dahin verstehen, daß hiermit alle ärztlichen Leistungen abgegolten sein sollen, also für keinerlei Art von ärztlicher Leistung im Einzelfall eine besondere Vergütung beansprucht werden kann. Das würde also auch für die Behandlung mit Höhensonne gelten, wenn diese nur als ärztliche Behandlung und nicht darüber hinaus zugleich als Hergabe eines stofflichen Mittels für den Heilzweck anzusehen wäre. Über diese recht zweifelhafte Frage haben wir uns im Jahrg. 1920 S. 638 Ziff. 8 ausführlich ausgelassen. Wir meinen, daß im Einzelfalle festzustellen sein wird, in welchem Maße dem Arzt durch Abnutzung seines Apparates und durch Verbrauch elektrischen Stromes besondere Unkosten erwachsen sind, für die ihm ein Ersatz billigerweise — neben seinem Anteil am Pauschale — gewährt werden muß.

*) Zu vgl. über derartige Fälle: Entsch. des Oberschiedsgerichts für AngestVers. in ArbVers. 1919 S. 432, 1920 S. 430 ff., 1921 S. 27 (Nr. 420).

Zur Versicherungsfreiheit von Büroanwärtern.

2. **Nach A.** Antwort: Die Versicherungsfreiheit auf Grund des § 169 Abs. 1 RVO. setzt nach der jetzigen Fassung dieser Vorschrift (zu vgl. § 1 Verdg. v. 3. 2. 19) voraus, daß der Beschäftigte „Beamter" im Dienste des Reichs oder eines Bundesstaates ist. Ebenso sind nach § 172 Ziff. 1 RVO. (abgesehen von Lehrern u. Erziehern) nur „Beamte" versicherungsfrei, solange sie lediglich für ihren Beruf ausgebildet werden. Wer Beamter ist, bestimmt sich nach dem Landesverwaltungsrecht; die Feststellung der zuständigen Landesbehörde ist maßgebend (zu vgl. Anleitung des RVA. v. 26. 4. 12, Ziff. 27; Entsch. des RVA. v. 10. 1. 20 in „Ortskrankenkasse" 1921 Sp. 22). In dem Bescheide vom 10. 3. 21 stellt die Gebietsregierung ausdrücklich fest, daß der Büroanwärter Sch. in der durch Gesamtministerialverordnung v. 19. 4. 17 vorgeschriebenen Weise lediglich für seinen Beamtenberuf ausgebildet wird, daß er also unter die im § 172 Ziff. 1 RVO. bezeichneten Beamten zu rechnen ist. Die Feststellung der Beamteneigenschaft müssen unseres Erachtens auch die Versicherungsträger und Versicherungsbehörden gelten lassen. Wir finden auch in der uns mitgeteilten Verordnung vom 19. 4. 17 (Sächs. Altenb. Ges. Samml. S. 41) nichts, was mit der Feststellung der Regierung unvereinbar wäre, sondern im Gegenteil eine direkte Bestätigung, da

Digitized by Google

der Anwärter nach § 5 beim Antritt des Vorbereitungsdienstes nach den für Staatsbeamte bestehenden Vorschriften eidlich verpflichtet wird. Anders verhält es sich mit der Frage, ob der Anwärter im Sinne des § 172 Ziff. 1 RVO. „lediglich" für seinen Beruf ausgebildet wird. Insoweit hat die Äußerung der Regierung nur gutachtliche Bedeutung und unterliegt im Streitfalle der Nachprüfung durch die Behörden. Wir nehmen nach den Umständen und den Erfahrungen in ähnlichen Fällen an, daß der Büroanwärter, der nach Ablegung einer Probedienstzeit in den eigentlichen Vorbereitungsdienst eingetreten ist (§§ 3, 5 der Vrdg.), hier nicht „lediglich" für seinen Beruf weiter ausgebildet wird, sondern zugleich Dienste leistet, für die er Entgelt erhält, weil sie — wenigstens zum Teil — den Personalbedarf der Behörde an brauchbaren Kräften ersetzen. Hierüber verweisen wir auf unsere Auskunft im Jahrg. 1918 S. 237 Ziff. 5. Wir halten also den Anwärter für versicherungspflichtig, wenn nicht Versicherungsfreiheit auf Grund des § 169 Abs. 1 RVO. besteht. Diese aber halten wir durch die Erklärung der Regierung vom 10. 3. 21 nicht für erwiesen, weil dem Anwärter im Fall einer Erkrankung nur Anspruch auf Fortgewährung seiner Vergütung „auf die Dauer von 26 Wochen" zugesichert und bei Fortdauer der Krankheit über diese Zeit hinaus „ein entsprechendes (?) Krankengeld in Aussicht gestellt (!)" ist. Weder hinsichtlich der Dauer der Regelleistungen (§ 183 RVO.), noch hinsichtlich der Höhe des Krankengeldes, noch hinsichtlich der Gewährleistung des Anspruchs ist hiernach den Anforderungen des § 169 RVO. genügt.

Wochengeld für versicherte Wöchnerinnen ohne Anspruch auf Krankengeld.

3. **Nach Marburg.** Antwort: Ihre Auffassung, daß die durch freiwilligen Beitritt versicherte Wöchnerin keinen Anspruch auf Wochengeld habe, weil für sie die Regelleistungen auf Krankenpflege und auf Krankenhauspflege ohne Hausgeld oder deren Ersatz beschränkt sind (§ 22 der Satzung, entsprechend § 215 RVO.), ist richtig. Zu vgl. Bescheid des Reichsarbeitsministers, hier, Heft 7 S. 128.

Unfall in der Badeanstalt.

4. **Nach Braunschweig.** Antwort: Einen derartigen Fall von hieraus zu beurteilen, ist natürlich sehr schwer, da die tatsächlichen Feststellungen von Bedeutung sind. Rechtlich sind folgende Gesichtspunkte zu beachten. Die Stadt als Besitzerin der Badeanstalt haftete deren Besucher sowohl aus dem mit ihm durch den Verkauf des Eintrittsscheines abgeschlossenen Vertrag, wie auf Grund der Vorschriften über unerlaubte Handlungen (§ 823 ff. BGB.) für Schaden, der durch ordnungswidrigen, gefährlichen Zustand des Sprungbretts verursacht wurde. Dieses scheint allerdings infolge Verschuldens der Stadt oder eines ihrer Leute gefährlich gewesen zu sein; dann wäre die Stadt ersatzpflichtig. Nun dürfte aber auch den Verletzten selbst ein Verschulden treffen. Er mußte bemerken, daß die übliche Matte auf dem Sprungbrett fehlte und daß dieses schlüpfrig war. Daher war besondere Vorsicht geboten. Der Verletzte gestaltete trotzdem den Sprung noch besonders dadurch gefährlich, daß er von einem erhöhten Standpunkt darauf niedersprang. Er handelte also selbst höchst fahrlässig, und der Schade würde gemäß § 254 BGB. zu verteilen sein. In welchem Verhältnis, das kann zweifelhaft sein. Das Verschulden des Verletzten dürfte so sehr überwiegen, daß ihm vielleicht zwei Drittel, der Stadt ein Drittel des Schadens zur Last fallen müßten. Nun gehen aber nach § 1542 RVO. auf den Versicherungsträger nur solche Ersatzansprüche über, die auf gesetzlichen Vorschriften, also nicht Verträgen beruhen. Hier käme also nur der Anspruch aus unerlaubter Handlung in Frage, und von dieser Haftung kann sich die Stadt durch den Entlastungsbeweis aus § 831 BGB. befreien, d. h. durch den Nachweis, daß sie bei der Auswahl der mit der Beaufsichtigung und der Instandhaltung der Badeanstalt betrauten Person die im Verkehr erforderliche Sorgfalt beobachtet hat. Gelingt ihr dieser Nachweis, so ist sie jedenfalls der Kasse gegenüber nicht ersatzpflichtig. Dem Verletzten freilich würde sie dennoch haften; denn von ihrer vertraglichen Ersatzpflicht kann sie sich durch einen solchen Entlastungsbeweis nicht befreien, da sie das Verschulden derjenigen Personen, deren sie sich zur Erfüllung ihrer Verbindlichkeit bedient, in gleichem Umfange, wie eigenes zu vertreten hat (§ 278 BGB.). Gelingt der Stadt der Entlastungsbeweis, so könnte die Kasse unter Berücksichtigung des § 254 BGB. teilweisen Ersatz von demjenigen verlangen, dem die Verantwortung für die Badeanstalt oblag und der hierbei sich einer Fahrlässigkeit schuldig gemacht hat.

Die Kasse „kann" Nichtkassenärzte bezahlen.

5. **Nach Liegnitz.** Antwort: Nach § 368 RVO. „kann" die Kasse die Bezahlung von Nichtkassenärzten ablehnen. Sie ist also zur Ablehnung nicht verpflichtet. Vielmehr bleibt es ihrem pflichtgemäßen Ermessen überlassen, ob sie zahlen will oder nicht. Es steht daher dem nichts entgegen, daß sie nachträglich ganz oder teilweise die Kosten der ärztlichen Behandlung übernimmt, wenn sie dies den Umständen nach als billig erkennt. Nur in dieser Weise könnte sie dem Versicherten entgegenkommen. Dagegen dürfte sie eine andere Unterstützung, z. B. als Ersatz für Verdienstausfall, nicht gewähren. Die Zustimmung des Ausschusses für nachträgliche Übernahme der Kosten ist nicht erforderlich. Es kann nur in Frage kommen, ob ein solches Entgegenkommen der Kasse etwa dadurch ausgeschlossen ist, daß der Versicherte mit seinem Anspruch auf Erstattung der Arztkosten rechtskräftig abgewiesen worden ist. Wir möchten dies nicht für ausgeschlossen erachten und verweisen darüber auf Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 1b zu § 363 RVO.

Beginn des Versorgungsanspruchs auf Heilbehandlung gegen die Krankenkasse.

6. **Nach Hattingen.** Frage: Ein nichtversicherter Kriegsdienstbeschädigter, dessen Versorgungsanspruch bereits vor dem 1. 4. 1920 anerkannt ist und der zufolge Auftrages seitens des Versorgungsamtes seit 1919 in der ambulanten Behandlung eines Facharztes steht, wurde auf seinen, am 18. 1. 1921 bei der allgemeinen Ortskrankenkasse gestellten Antrag wegen des Versorgungsleidens vom Versorgungsamt der Ortskrankenkasse zur weiteren Heilbehandlung überwiesen. Der Kranke hat seit dem 1. April 1920 die ärztlicherseits verordneten Arzneien aus eigenen Mitteln bezahlt. Nunmehr verlangt er auf Anregung des Versorgungsamtes von der Allgem. Ortskrankenkasse Kostenersatz für die vorgedachten Arzneikosten, Erstattung der Aufwendungen für seine Reisen zum auswärtigen Facharzt, Krankengeld, alles rückwärts ab 1. April 1920. Der Facharzt beansprucht gleichfalls Vergütung für seine

Digitized by Google

Leistungen ab 1. April 1920 von der Allgemeinen Ortskrankenkasse. Das Versorgungsamt beruft sich auf § 92 RVG. Die Krankenkasse hält sich nur verpflichtet ab 18. Januar 1921, dem Tage der Antragstellung seitens des Dienstbeschädigten bei der Krankenkasse. (§ 55 Abs. 4 RVG., § 1545 RVO.) Ist die Krankenkasse verpflichtet, für die Zeit vor dem 18. Januar 1921 antragsgemäß Leistungen zu übernehmen?

Antwort: Nein! Zwar trifft die Berufung auf § 1545 RVO. nicht zu, weil es sich nicht um einen Anspruch aus der Reichsversicherung handelt und weil überdies § 1545 nur besagt, daß die Leistungen der Krankenversicherung auf Antrag gewährt werden, nicht auch, daß die Leistungspflicht der Kasse erst mit der Antragstellung beginnt. Um so zweifelsfreier ist dagegen aus § 55 Abs. 4 RVG. zu entnehmen, daß die Heilbehandlung auf Grund des Versorgungsgesetzes frühestens mit dem Tage der Anmeldung beginnt — wenn nicht etwa der Beschädigte an der Anmeldung durch Verhältnisse, die außerhalb seines Willens lagen, z. B. durch die Art seiner Krankheit selbst, an der Anmeldung verhindert war (zu vgl. AusfBest. Nr. 6 zu § 55). Die Berufung des Versicherungsamts auf § 92 RVG. ist unverständlich, da aus dieser Vorschrift gerade die Anwendung auch des § 55 Abs. 4 RVG. folgt.

Versagung des Krankengeldes wegen Teilnahme an kommunistischen Unruhen.

7. **Nach E.** Frage: Bei den in unserer Gegend stattgefundenen kommunistischen Unruhen sind einige unserer Mitglieder infolge ihrer Mitbeteiligung durch die Schutzpolizei verwundet worden. Muß ihnen das Krankengeld versagt werden, wenn die Kasse von § 192 RVO. Gebrauch gemacht hat?

Antwort: Es kommt auf die Art der „Mitbeteiligung" an den Unruhen an. Wenn sie in Tätlichkeiten gegen Personen bestand, so liegt „schuldhafte Beteiligung bei Schlägereien oder Raufhändeln" vor, und die Versagung des Krankengeldes wird dann nicht dadurch ausgeschlossen, daß die Beteiligung einen politischen Beweggrund gehabt haben mochte.

Anwendung des § 197 RVO. bei Schließung von Kassen.

8. **Nach Bünde.** Frage: Daß Ansprüche aus § 197 RVO. gegen eine geschlossene Kasse von der Kasse, die das betreffende Mitglied aufgenommen hat, zu befriedigen sind, dürfte im Hinblick auf § 288 RVO. klar sein. Daß ferner eine bereits geschlossene Kasse die aus der Zeit ihres Bestehens entstandenen Ersatzansprüche noch geltend macht, dürfte ebenfalls nicht zweifelhaft sein, da dies ja zu den Abwicklungsgeschäften gehört. Kann aber eine bereits geschlossene, aber noch nicht abgewickelte Kasse Ansprüche erwähnter Art, die während des Bestehens entstanden sind, aber erst kurz nach erfolgter Schließung geltend gemacht werden, noch befriedigen? Uns liegt folgender Fall vor: Infolge Auflösung einer Betriebskrankenkasse haben wir (Ortskrankenkasse) vom 1. Januar d. J. ab die Leistungen für eine übernommene Wöchnerin, die während des letzten Jahres schon einmal unserer Kasse angehörte, weitergewährt. Die Betriebskrankenkasse hat für die von ihr bis zur Schließung gewährten Beträge von uns anteiligen Ersatz gefordert. Können wir nun für die von uns seit 1. Januar gewährte Wochenunterstützung auch noch von der geschlossenen, aber noch nicht abgewickelten Kasse anteiligen Ersatz verlangen oder entfällt dieser Anspruch, weil wir ja die Pflichten der geschlossenen Kasse übernommen haben.

Antwort: Der Ausgangspunkt Ihrer Anfrage ist unrichtig. Der § 288 RVO. gilt nur bei Vereinigung von Krankenkassen und im Falle der Ausscheidung (§§ 285, 298 Abs. 2 RVO.), nicht bei der Auflösung oder Schließung. In diesen Fällen gelten nach § 299 nur die §§ 300 bis 305. Die Ortskrankenkasse ist nicht Rechtsnachfolgerin der aufgelösten Betriebskrankenkasse geworden und haftet nicht für deren Verbindlichkeiten (zu vgl. Entsch. des RVA. 2147 in ArbVers. 1916 S. 175). Sie kann daher auch ihre eigene Forderung gegen die aufgelöste Kasse im Abwicklungsverfahren (§ 301) geltend machen.

Bewertung der freien Kost bei Feststellung des Grundlohns.

9. **Nach Meppen.** Antwort: Wenn die beiden Versicherten abredegemäß neben barem Gehalt „Kost und Wohnung" vom Arbeitgeber zu beanspruchen haben, so ist bei Feststellung des Grundlohns der Wert jener Sachbezüge gemäß § 160 Abs. 2 RVO. nach Ortspreisen zu berechnen, die das Versicherungsamt festsetzt. Daß der Arbeitgeber sich seiner Verpflichtung in der Weise entledigt, daß er die Wohnung in seinem Hause, die Kost aber durch einen Gastwirt gewährt, dem er dafür einen bestimmten Tagessatz — erst 6 ℳ, später 8 ℳ — zahlt, rechtfertigt nicht, in Abweichung von § 160 Abs. 2 für die Kost statt des amtlich festgesetzten Ortspreises den tatsächlichen Aufwand anzusetzen. Der Zweck des § 160 Abs. 2 ist gerade, die oft schwierige und unsichere Ermittlung der überdies meist schwankenden wirklichen Kosten zu umgehen und durch einen Durchschnittssatz zu ersetzen.

Verfahren bei Ruhen der Invalidenrente; Rechtsmittel.

10. **Nach Wesel.** Antwort: Es ist nicht richtig, daß gegen die Entscheidung der Landesversicherungsanstalt, wonach die Invalidenrente (gemäß § 1313 Abs. 1 RVO.) ruhen soll, ein Rechtsmittel nicht gegeben sei. Vielmehr hat in solchem Falle die Versicherungsanstalt durch Bescheid auszusprechen, daß und von wann ab die Rente wegen Ruhens (§§ 1311 ff.) eingestellt wird, und gegen diesen Bescheid findet Berufung an das Oberversicherungsamt statt. Das ergibt sich aus §§ 1626, 1630 ff., 1675 RVO. Zu vgl. Weymann, Anm. 3 zu § 1311; Seelmann in ArbVers. 1916 S. 721; auch Entsch. des RVA. Nr. 1841 Amtl. Nachr. 1914 S. 507, wonach auch das Rechtsmittel der Revision gegen die Entsch. des OVA. nicht ausgeschlossen ist.

Fortzahlung der Kassenbeiträge nach § 397 Abs. 1 RVO. für Ersatzkassenmitglieder nach § 517 RVO.

11. **Nach Geestemünde.** Frage: a) Der Handlungsgehilfe B. trat am 16. 4. 19 beim Arbeitgeber S. in Geestemünde in Beschäftigung und wurde mit diesem Tage Pflichtmitglied der diesseitigen Kasse. B. stellte einen Antrag nach § 517 RVO., welcher Wirkung hatte vom 1. 4. 20 ab. Am 6. 10. 20 machte die Ersatzkasse unserer Kasse von dem am 31. 7. 20 erfolgten Austritt Anzeige (§ 521 RVO.). Abmeldung erfolgte seitens des Arbeitgebers am 9. 2. 21. Ist der Arbeitgeber verpflichtet, nur das Arbeitgeberdrittel, die vollen Beiträge oder überhaupt Beiträge nach § 397 Abs. 1 RVO. für die

Digitized by Google

Zeit vom 1. 8. 20 bis 9. 2. 21 zu zahlen? Wenn auch von einer Fortzahlung der Beiträge nicht die Rede sein kann, so sind unseres Erachtens doch die vollen Beiträge zu zahlen, da B. vom 1. 8. 20 ab automatisch wieder Pflichtmitglied diesseitiger Kasse wurde. Unsere Kasse hätte bei Eintritt eines Versicherungsfalles, da Abmeldung nicht vorlag, Leistung übernehmen müssen. Bei Beurteilung des Falles ist zu berücksichtigen, daß das von der Ersatzkasse benutzte Formular zu der Anzeige nach § 521 RVO. einen Vermerk enthält, daß der Austritt wegen Ausscheidens aus der Beschäftigung erfolge. Dieser beiläufige Vermerk kann unseres Erachtens für unsere Kasse als Abmeldung nicht in Frage kommen. Die grundsätzliche Entscheidung des RVA. vom 6. 10. 17 (ArbVers. 1918 S. 68) ist hier bekannt. Wir sind aber der Ansicht, daß diese Entscheidung nicht mehr maßgebend sein kann, da die Rechtslage nach dem 28. 6. 19 eine andere geworden ist, weil jetzt Beiträge seitens des Arbeitgebers an die Pflichtkasse nicht abgeführt zu werden brauchen.

b) Der Handlungsgehilfe J. trat am 10. 4. 17 bei dem Kaufmann J., Geestemünde, als Lehrling in Beschäftigung. Die Rechte und Pflichten ruhten auf Antrag vom 10. 4. 17 ab. Am 1. 10. 20 gab der Handlungsgehilfe J. seine Stellung auf und nahm bei dem im Kassenbezirk wohnhaften Kaufmann H. anderweitig Stellung. Da die Karenzzeit gewahrt war, war ein neuer Antrag nach § 517 RVO. nicht erforderlich. Der Kaufmann J. hat die Abmeldung am 1. 3. 21 also verspätet vorgenommen. Hat er Beiträge nach § 397 RVO. zu zahlen (nur Arbeitgeberdrittel, volle Beiträge oder überhaupt Beiträge zu zahlen)?

Antwort: a) Die Meinung, daß der Arbeitgeber für das Ersatzkassenmitglied nach jetzigem Rechte Beiträge an die Pflichtkasse überhaupt nicht mehr abzuführen habe, ist irrig. Dies gilt nur hinsichtlich der Beiträge für die Mitglieder solcher Ersatzkassen, für die eine Anordnung aus § 518 RVO. vor dem 17. 2. 19 ergangen war (zu vgl. ArbVers. 1918 S. 436 Ziff. 2 und 1920 S. 539 Ziff. 7). Im übrigen teilen wir Ihre Annahme, daß die beiläufige Mitteilung der Ersatzkasse, daß der Versicherte aus dieser wegen Austritts aus der Beschäftigung ausgeschieden sei, die Abmeldung des Arbeitgebers nicht ersetzte. Der Arbeitgeber hatte daher gemäß § 397 Abs. 1 RVO. die Beiträge bis zur vorschriftsmäßigen Abmeldung fortzuzahlen. Er schuldete aber, solange die Mitgliedschaft bei der Ersatzkasse bestand, nur das Arbeitgeberdrittel, und diese beschränkte Beitragspflicht wurde auch durch den Austritt aus der Ersatzkasse nicht berührt, solange die Ersatzkasse die Anzeige aus § 521 RVO. versäumte — wie dies in der von Ihnen selbst angeführten Entsch. des RVA. näher begründet ist.

b) Wenn nicht eine längere Unterbrechung der versicherungspflichtigen Beschäftigung stattfand, dauert das Ruhen der Rechte und Pflichten trotz des Wechsels des Arbeitgebers fort (zu vgl. Entsch. des RVA. in ArbVers. 1917 S. 13). Der Arbeitgeber J. hat also das Arbeitgeberdrittel fortzuzahlen. Diese Pflicht wird nicht dadurch berührt, daß der neue Arbeitnehmer gleichfalls beitragspflichtig ist (zu vgl. ArbVers. 1912 S. 557).

Landesrechtliche Dienstbotenkassen sind keine Krankenkassen des § 197 RVO.

12. **Nach Schleiz.** Antwort: Nach § 107 RVO. ist der Erstattungsanspruch begründet nur gegen Krankenkassen, knappschaftliche Krankenkassen und Ersatzkassen. Diese Zusammenstellung beweist, daß unter Krankenkassen nur Kassen der Reichskrankenversicherung zu verstehen sind. Sollten damit Krankenkassen jeglicher Art gemeint sein, so hätte es sich erübrigt, die knappschaftlichen Krankenkassen und die Ersatzkassen besonders aufzuzählen. In § 225 RVO. sind auch die hierher gehörigen Kassen genannt. Zu ihnen gehört aber die städtische Hauskrankenkasse nicht. Diese hat ihre Grundlage nicht im Reichs-, sondern im Landesrecht. Dienstboten, die ihr angehörten, waren von der Reichsversicherung gemäß § 440 befreit. Die Zugehörigkeit zu einer landesrechtlichen Dienstbotenkasse gilt keinesfalls als Versicherung im Sinne der Reichsversicherung, auch wenn die Leistungen einer solchen Kasse den Regelleistungen der Krankenkassen gleichwertig sind. Diese Gleichwertigkeit ist vielmehr nur Voraussetzung für die Befreiung von der Reichsversicherung (§ 440 Abs. 2). Vgl. Entsch. des RVA. in der ArbVers. 1916 S. 804. Das Versicherungsamt hat also Recht, wenn es die Anwendbarkeit des § 197 RVO. auf die städtische Hauskrankenkasse verneint.

Schließung einer Betriebskrankenkasse bei Umwandlung des gewerblichen Betriebes in einen landwirtschaftlichen.

13. **Nach Meppen.** Frage: Kann eine gewerbliche Betriebskrankenkasse, welche vor dem Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung bestand und am 1. Januar 1914 zugelassen wurde, geschlossen werden, falls die Umwandlung des Betriebes in einen landwirtschaftlichen Betrieb erfolgt ist?

Antwort: Die Betriebskrankenkasse muß gemäß § 273 Abs. 1 Ziff. 1 RVO. geschlossen werden, weil der Betrieb, für den sie errichtet (und beim Inkrafttreten der RVO. weiter zugelassen) worden ist, eingeht. Denn dieser Betrieb war ein gewerblicher und hört als solcher mit der sogenannten „Umwandlung" in einen landwirtschaftlichen Betrieb zu bestehen auf. Die Kasse gleichwohl für diesen andersartigen Betrieb fortbestehen zu lassen, käme auf eine unzulässige Umgehung des § 10 der Vrdg. v. 3. 2. 19 (ArbVers. S. 125) hinaus, der die Errichtung von Betriebskrankenkassen für landwirtschaftliche Betriebe verbietet.

Beginn der Ausschlußfrist für einen Ersatzanspruch des Armenverbandes nach § 1539 RVO.

14. **Nach Neuß.** Antwort: Der Ersatzanspruch des Armenverbandes gegen die Krankenkasse ist nach § 1539 RVO. ausgeschlossen, wenn er nicht spätestens sechs Monate nach Ablauf der Unterstützung bei der Krankenkasse geltend gemacht ist. Dies gilt ohne Rücksicht darauf, daß der Anspruch gegen die Kasse nach § 223 RVO. noch nicht verjährt ist (Entsch. des RVA. in ArbVers. 1920 S. 532). Die Ausschlußfrist beginnt mit dem Tage, an dem die Unterstützung durch den ersatzpflichtigen Armenverband beendet ist (Entsch. des RVA. 2601 in ArbVers. 1920 S. 670). Bestand aber die Unterstützung darin, daß der Armenverband in Anerkennung seiner vorher streitigen Unterstützungspflicht die erwachsenen Pflegekosten an das Krankenhaus bezahlt hat, so kann erst mit dem Tage der Zahlung die Unterstützung als beendigt im Sinne des § 1539 angesehen werden (vgl. Entsch. des bayr. VerwGerHofs in ArbVers. 1903 S. 542 ff. unter V). Wann hiernach im vorliegenden Falle die Unterstützung durch den Armenverband beendet und somit die Ausschlußfrist aus § 1539 in Lauf gesetzt worden ist, ist aus Ihrer Sachdarstellung nicht zu entnehmen.

Digitized by Google

Nachtaxieren von Kassenrezepten
übernimmt vereidigter Apotheker
M. RINK, BOCHUM, Stolzestraße 14
[1890]

Als Erholungsheim
bestens geeignetes Pensionat in Bad des schlesischen Gebirges ist mit Einrichtung für 60 Personen, Wandelhalle, Bädern, großen Gesellschafts- und Wirtschaftsräumen, etwa 6 Morgen Obst-, Nutz-, Ziergarten, Ställen, lebendem und totem Inventar für 900 000 Mark zu verkaufen. Die Räume reichen für 80—90 Personen. [1884]
Grundstücksmakler M. Conrad, Hirschberg (Schlesien).

Sanatorium in Thüringen
mit 63 behaglich eingerichteten Zimmern, 90 Betten, 10 ha großem Obst- und Gemüsegarten, Ackerland, Wiese, Wald, ist bei 1 000 000 Mark Anzahlung sofort zu verkaufen.
Zuschriften unter A. S. Nr. 3180 an die Kanzlei der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde Weddigenweg 64 erbeten. [1893]

Erholungsheim für Lungenkranke
in Nordwestdeutschland, neuzeitl. eingerichtet, etwa 200 Betten, Dampfheizung, Lufthütten, Liegehallen, 300 Obstbäume, zu verkaufen. Anzahlung 800 000 Mark. Angebote unter K. P. Nr. 3619 befördert die Kanzlei der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64. [1892]

Die rechnende
SMITH PREMIER
Formular-Schreibmaschine
zur Herstellung der
Hebe- und Kassenbotenlisten
ist wieder lieferbar!
*
Separate rechnende Zahlentasten.
Automatische Längs- und Queraddition
oder Subtraktion ohne Motorantrieb.
Lage der rechnenden Tasten direkt am
automatisch einstellbaren Tabulator.
86 Kugellager.
*
Adolph Steinhagen / Mannheim
Prinz-Wilhelm-Str. 8. Telephon 7260
Telegr.-Adr.: „Premier"
Generalvertreter für Deutschland [1813]

Anzeigen sind in der „Arbeiter-Versorgung" stets wirksam und befriedigen Auftraggeber wie Suchende. Die Schlußfolgerung liegt auf der Hand.

Stellungsgesuch
Für einen äußerst zuverlässigen und arbeitsfreudigen, 45jährigen, verheirateten Krankenbesucher, bzw. Beitragskassierer, der infolge der politischen Umwälzung seine Stellung bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse Posen verloren hat und bereits 6 Monate arbeitslos ist, wird Stellung gesucht.
Menschenfreundliche Angebote erbeten an Alfred Hertel, Geschäftsführer zu Freiberg i. Sa., Ortskrankenkasse. [1870]

Strebsamer Beamter
23 Jahre alt, mit Gymnasialvorbildung, mehrere Jahre in der Kranken-, Invaliden-, Hinterbliebenen-, Unfall- und Angestellten-Versicherung tätig, mit der RVO. und den einschlägigen Bestimmungen bestens vertraut, sucht aus persönlichen Gründen Tätigkeit in Westfalen oder Rheinland.
Gefl. Zuschriften werden unter Westfalen Nr. 3072 an die Kanzlei der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64 erbeten. [1872]

*** Kassengehilfe ***
18 Jahre alt, welcher seine Lehrzeit bei einer Ortskrankenkasse beendigt hat, mit allen Arbeiten auf dem Gebiete des Beitrags-, Melde- und Kassenwesens vertraut, flotter Arbeiter, wünscht sich zum 1. August oder später zu verändern.
Gefl. Angebote unter P. F. Nr. 3559 an die Kanzlei der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64 erbeten. [1886]

*** Rendant *** [1889]
einer etwa 6000 Mitglieder zählenden Ortskrankenkasse, Einzugsstelle der Landesversicherungsanstalt, gesund und arbeitsfreudig, sucht gleiche oder ähnliche Stellung in größerer Kasse. Geschätzte Anerbieten unter E. B. Nr. 3589 an die Kanzlei der „Arbeiter-Versorgung", Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.

● Kassengehilfe ●
20½ Jahre alt, 5 Jahre im Krankenkassen- und 1½ Jahre im Versorgungswesen tätig gewesen, sicherer Rechner — Schreibmaschine — Stenographie — wünscht sich zu verändern.
Gefl. Angebote unter A. R. Nr. 2002 an die Kanzlei der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde erbeten. [1855]

Tüchtiger erfahr. Verwaltungsbeamter
26 Jahre alt, der auf eine längere erfolgreiche Tätigkeit bei einem staatlichen Versicherungsamt und einer großen Krankenkasse zurückblickt und dort reiche Gelegenheit fand, sich gründliche Kenntnisse der gesamten deutschen Sozialversicherung anzueignen, sucht möglichst bald anderweitige Stellung, am liebsten als
Geschäftsführer
oder zweiter Beamter einer Betriebskrankenkasse.
Glänzende Zeugnisse stehen zur Verfügung. Geschätzte Anerbieten höflichst erbeten unter F. A. Ch. Nr. 3306 an die Kanzlei der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64. [1873]

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Str. 12.
Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., in Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

Heft 1317 der ganzen Folge.

38. Jahrgang | 21. Mai 1921 | Heft 15

Die richterliche Unabhängigkeit der Direktoren der Oberversicherungsämter.

Von Oberregierungsrat Dr. Hassenstein, Direktor des Oberversicherungsamtes Stettin.

Als ich im 19. Heft des 36. Jahrganges dieser Zeitschrift über die richterliche Unabhängigkeit der Spruchkammervorsitzenden bei den Militärversorgungsgerichten schrieb und diese auch für die Mitglieder der Militärversorgungsgerichte verlangte, ging ich von der damals wohl allgemein geteilten Voraussetzung aus, daß die richterliche Unabhängigkeit des Direktors durch § 69 RVO. gewährleistet war, wonach er als Direktor des Oberversicherungsamts im Gegensatz zu den übrigen Mitgliedern auf Lebenszeit oder nach Landesrecht unwiderruflich ernannt war. Diese Annahme erlitt einen erheblichen Stoß, als aus Abgeordnetenkreisen verlautete, einer der beteiligten preußischen Herren Ressortminister habe sich in einer Kommissionsverhandlung dahin geäußert, daß er nicht einmal die Unversetzbarkeit der Direktoren als durch jene Vorschrift gewährleistet anerkennen könne. Dies hat natürlich erhebliche Unruhe in den beteiligten Kreisen hervorgerufen, und die Direktoren der sächsischen Oberversicherungsämter haben sich veranlaßt gesehen, ein gemeinsames Vorgehen zur Herbeiführung der Sicherstellung ihrer richterlichen Unabhängigkeit anzuregen, um beim Reichsarbeitsministerium zu beantragen, daß bei der bevorstehenden Änderung der Reichsversicherungsordnung eine Vorschrift aufgenommen werde, wonach auf die Direktoren und weiteren Mitglieder die Bestimmungen des § 8 des Gerichtsverfassungsgesetzes v. 20. 5. 1898 entsprechende Anwendung zu finden haben. Selbstverständlich ist diesen Bestrebungen voller Erfolg zu wünschen; noch besser wäre es, wenn die Regelung bereits bei Erlaß des Reichsgesetzes über das Verfahren vor den Militärversorgungsgerichten erfolgen würde, am allerbesten, wenn, wenigstens hinsichtlich der Direktoren, die richterliche Unabhängigkeit, insbesondere die Unversetzbarkeit, sich schon jetzt aus den geltenden Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung herleiten ließe.

Man darf die Wirkung einer solchen Sicherstellung auf die Beteiligten nicht unterschätzen, am wenigsten in heutiger Zeit. Wenn früher ein Verwaltungsbeamter sich das Stirnrunzeln seiner Vorgesetzten, vielleicht auch das Mißfallen nachgeordneter, mit einflußreichen Persönlichkeiten besetzter Stellen zuzog, so wurde er „im Interesse des Dienstes" nach einem weniger erfreulichen Orte versetzt. Den Ausdruck „Strafversetzung" vermied man damals, wenigstens in der Öffentlichkeit. Angenehm war ja die Sache für den Betroffenen nicht, aber immerhin erträglich; manchmal verbesserte er sich sogar. Heute, wo jede Versetzung bei der herrschenden Wohnungsnot für den Unverheirateten Obdachlosigkeit, für den Verheirateten monatelange, wenn nicht jahrelange Trennung von seiner Familie bedeutet,

Digitized by Google

wo ferner die nur unzureichend ersetzten hohen Umzugskosten geradezu eine Vermögensschädigung bilden, heute ist es anders. Dazu kommt, daß gerade der Direktor eines Oberversicherungsamts und Militärversorgungsgerichts viel leichter als der hinreichend geschützte Verwaltungsgerichtsdirektor Gelegenheit hat, nicht nur bei seinen häufig nach politischen Rücksichten ausgesuchten Vorgesetzten anzustoßen, sondern auch bei den mächtigen Organisationen der Krankenkassen, der Angestellten, der Kriegsbeschädigten, die, dem Zuge der Zeit folgend, leicht bereit sind, die Entfernung eines mißliebigen Beamten mit aller Rücksichtslosigkeit zu betreiben. Dies gilt nicht nur für die eigentliche Spruchtätigkeit, sondern beinahe mehr noch für die Beschlußtätigkeit; ich denke z. B. an den Streit zwischen dem preußischen Minister für Volkswohlfahrt und den Verbänden der Ortskrankenkassen und Angestellten über die Anwendung des sogenannten Sperrgesetzes. Wie leicht kann sich in solchen Fragen selbst ein gewissenhafter Beamter veranlaßt fühlen, leise zu treten, wenn er auch nur der Möglichkeit einer Maßregelung ausgesetzt ist.

Wie steht es nun hiermit nach dem geltenden Recht bei den Direktoren der Oberversicherungsämter? § 69 Abs. 3 RVO. bestimmt über die Zusammensetzung der Oberversicherungsämter: „Die Mitglieder werden im Hauptamt oder für die Dauer des Hauptamts aus der Zahl der öffentlichen Beamten, der Direktor auf Lebenszeit oder nach Landesrecht unwiderruflich ernannt." Ist damit die Unversetzbarkeit verbürgt? Für den in ähnlicher Lage befindlichen Verwaltungsgerichtsdirektor in Preußen ist diese Frage insofern klarer geordnet, als er ebenso wie das zweite Mitglied des Bezirksausschusses nicht nur auf Lebenszeit ernannt (§ 28 des Landesverwaltungsgesetzes), sondern in dieser seiner Eigenschaft ausdrücklich den Vorschriften des Gesetzes betreffend die Dienstvergehen der Richter usw. vom 7. Mai 1851 unterstellt ist (§ 32 a. a. O.). Dieses besagt im § 51: „Die Versetzung eines Richters von einer Stelle auf eine andere wider dessen Willen kann, außer dem Falle, wenn sie durch Veränderungen in der Organisation der Gerichte oder ihrer Bezirke nötig wird, nur geschehen, wenn sie durch das Interesse der Rechtspflege dringend geboten ist." Eine solche ausdrückliche Bestimmung fehlt allerdings für den Direktor des Oberversicherungsamtes, und er untersteht wohl in Preußen dem Gesetz betreffend die Dienstvergehen der nicht richterlichen Beamten usw. vom 21. Juli 1852, welches in § 87 bestimmt, daß eine im Interesse des Dienstes verfügte Versetzung in ein anderes Amt von nicht geringerem Range und etatsmäßigem Diensteinkommen mit Vergütung der reglementsmäßigen Umzugskosten nicht Gegenstand des Disziplinarverfahrens ist. Besagt dies nun, daß ein Direktor des Oberversicherungsamts im Interesse des Dienstes wider seinen Willen durch einfache Verfügung versetzt werden kann? Zunächst spricht schon der Wortlaut der Reichsversicherungsordnung dagegen. Wenn jemand in einer Stelle auf Lebenszeit oder nach Landesrecht unwiderruflich ernannt ist, so bedeutet das meiner Meinung nach, daß er aus dieser Stelle ohne seine Einwilligung nicht entfernt werden darf; der soeben angezogene § 87 ist daher in Preußen auf ihn nicht anwendbar, da Reichsrecht Landesrecht bricht. Nun könnte vielleicht jemand auf den Gedanken kommen, die Anstellung auf Lebenszeit bedeute nur, daß der Direktor des Oberversicherungsamtes zwar als solcher nicht abgesetzt, wohl aber in gleicher Stellung an einen anderen Ort versetzt werden könne. Dies war jedoch, wie ich nachher nachzuweisen gedenke, keineswegs die Absicht des Gesetzgebers, der den Direktor vor Maßregelung schützen wollte, und welche andere Maßregelung gibt es heute einem Beamten gegenüber als die Versetzung? Alles andere ist durch das heutige Beamtenrecht ausgeschlossen. Wenn dabei in der RVO. nicht wie beim Verwaltungsdirektor eine besondere anderweitige Regelung des Disziplinarverfahrens stattfand, so hat das offenbar darin seinen Grund, daß das Reich in dieser Hinsicht nicht in das Beamtenrecht der Einzel-

Digitized by Google

staaten eingreifen wollte. Leider vermag ich aus Mangel an Unterlagen nicht zu übersehen, was es mit der „unwiderruflichen Ernennung nach Landesrecht" für eine Bewandnis hat; jedenfalls sollte in Preußen für den Direktor des Oberversicherungsamtes dieselbe Unabhängigkeit erreicht werden wie für den Verwaltungsgerichtsdirektor.

Dieser Ansicht sind auch die wichtigsten Kommentatoren. So sagt Düttmann zu § 69 Abs. 3 RVO.: „Diese Vorschrift soll die Unabhängigkeit der Rechtsprechung des Oberversicherungsamts dadurch gewährleisten, daß Sicherstellung der Mitglieder gegen die Gefahr der Maßregelung erfolgt. Als Muster diente hier die in Preußen getroffene Regelung für den Vorsitzenden*) und die Mitglieder des Bezirksausschusses." Derselben Ansicht ist Hanow Anm. 4 zu § 69 a. a. O.: „Dem Direktor ist danach die Unabsetzbarkeit in gleicher Weise gewährleistet wie beim Bezirksausschuß dem Verwaltungsgerichtsdirektor und einem zweiten Mitgliede." Ein gleiches Bild ergeben die Kommissionsberichte des Reichstages, wo diese Frage eingehend behandelt wurde. Ein Vertreter der verbündeten Regierungen erklärte dort, „daß gegen eine Erhöhung der Garantie der Unabhängigkeit der Rechtsprechung seitens der verbündeten Regierungen grundsätzliche Bedenken nicht beständen. Den Vorschlag, dem Direktor des Oberversicherungsamtes die Unabsetzbarkeit in gleicher Weise zu gewährleisten, wie dies in Preußen für den Vorsitzenden des Bezirksausschusses der Fall sei, könne man daher annehmen." Hierauf ging der Kampf nur noch darum, ob auch den übrigen Mitgliedern des Oberversicherungsamtes die bevorzugte Stellung des Direktors einzuräumen sei. Ein Antrag, in § 82 (des Entwurfs) folgenden Absatz 4 aufzunehmen: „Auf die beamteten Mitglieder der Oberversicherungsämter finden die Bestimmungen des § 8 des Gerichtsverfassungsgesetzes vom 20. Mai 1898 (RGBl. S. 369) entsprechende Anwendung", wurde nicht abgelehnt, sondern nur — bedauerlicherweise — zurückgezogen, nachdem der bayerische Bundesratsbevollmächtigte die schon in meiner früheren Abhandlung als nicht ganz einwandfrei bezeichnete Erklärung abgegeben hatte, daß die in einem anderen, angenommenen Antrage bezweckte Sicherstellung genüge, „um die Unabhängigkeit nicht nur des Direktors, sondern auch der Mitglieder des Oberversicherungsamts zu gewährleisten". Auch der im Reichstage von sozialdemokratischer Seite unternommene Versuch beschränkte sich lediglich darauf, die dem Direktor gewährte Sicherung auch auf die anderen Mitglieder zu erstrecken, was keinen Sinn gehabt hätte, wenn der Direktor vor diesen nicht die Unversetzbarkeit voraus hätte; denn absetzbar in dem Sinne, daß sie ohne Verfahren ganz aus dem Amte entfernt werden könnten, sind die anderen auch nicht.

So gelange ich denn zu dem Schlusse, daß durch § 69 RVO. dem Direktor des Oberversicherungsamts zweifellos die richterliche Unabsetzbarkeit und damit auch die Unversetzbarkeit gewährleistet werden sollte, und daß diese Absicht auch im Wortlaute des Gesetzes zum Ausdruck gekommen ist. Die Unversetzbarkeit ist ein Unterbegriff der Unabsetzbarkeit, wie denn auch nach § 16 des preußischen Gesetzes, betreffend die Dienstvergehen der nichtrichterlichen Beamten, vom 21. Juli 1852 die Entfernung aus dem Amte bestehen kann entweder in der Dienstentlassung oder in der milderen Form der Versetzung in ein anderes Amt von gleichem Range mit oder ohne Verminderung des Diensteinkommens. Einer solchen Strafversetzung ohne Änderung des Diensteinkommens kann, abgesehen von der alsdann stattfindenden Gewährung der Umzugskosten, die Versetzung „im dienstlichen Interesse" recht ähnlich sein; und hierin den mit richterlichen Befugnissen betrauten Beamten vor schwer nachweisbarer Willkür zu bewahren, ist die Absicht aller für ihn geltenden Sondervorschriften, die ihn aus der Zahl der übrigen, versetzbaren Beamten herausheben. Dies sollte, wie ich glaube nachge-

*) Diese unzutreffende Bezeichnung ist offenbar auf das im nachher angeführten Kommissionsbericht untergelaufene Versehen zurückzuführen.

Digitized by Google

wiesen zu haben, auch mit dem Direktor des OVA. geschehen.

Trotzdem halte ich die Bestrebungen, in der neuen Gesetzgebung diese Absicht durch Hinweis auf § 8 des Gerichtsverfassungsgesetzes noch klarer zu gestalten, keineswegs für überflüssig, denn bei der großen Bedeutung, welche diese Frage für die Beteiligten hat, ist es immer besser, sich auf den klaren Wortlaut als auf die Auslegung berufen zu können. Ebenso befürworte ich nach wie vor die Ausdehnung der Rechtssicherheit zum mindesten auf die hauptamtlichen Mitglieder des Oberversicherungsamtes.

Die höheren Krankheitsziffern der weiblichen Kassenmitglieder.

Von Bürgermeister Friedrich Kleeis in Aschersleben.

Für den Sozialpolitiker ist eine gute Krankheitsstatistik von unschätzbarem Werte. Sie gibt ihm die nötigen Fingerzeige, wo und wie mit Schutzmaßnahmen für die gesundheitlich Gefährdeten vorzugsweise einzugreifen ist. Leider liegt aber unsere amtliche Krankheitsstatistik noch sehr im argen. Unsere staatliche Krankenversicherung böte hier eine unversiegbare und ergiebige Quelle interessantester Feststellungen. Sie ist aber bis jetzt so gut wie noch gar nicht zu solchen Zwecken herangezogen worden. Die amtliche Statistik der Krankenversicherung vor dem Kriege war mehr als mangelhaft. Sie erstreckte sich nur auf einige allgemeine Fragen. Mit der Einführung der Reichsversicherungsordnung auf dem Gebiete der Krankenversicherung sollte allerdings die statistische Erfassung ihrer Ergebnisse eine einschneidende Ausgestaltung erfahren. Es wurden neue Vordrucke der von den Krankenkassen alljährlich einzureichenden „Nachweisungen" herausgegeben, doch kamen sie nicht zur Anwendung. Der Krieg zwang, eine Vereinfachung der Verwaltungsarbeit anzuordnen und die Nachweisungen zu beschränken. So kommt es, daß seit Einführung der Reichsversicherungsordnung eine allgemeine amtliche Statistik der Krankenversicherung überhaupt nicht erschienen ist, wenigstens nicht in der früher üblichen Form. Dahingegen sind inzwischen allerdings Teil- und private Statistiken über die Erkrankungsgefahren zu einer früher nicht gekannten Ausgestaltung gebracht worden. Sie müssen noch als „Kriegsersatz" benutzt werden, der natürlich nur minderwertig sein kann.

Eine sozialpolitische Frage, deren Lösung der Statistik zufällt, ist die, ob und gegebenenfalls in welchen Altersstufen und Erwerbszweigen die Krankheitsgefahren der weiblichen Beschäftigten größer ist als die der männlichen. Die Frage ist deshalb von großer Bedeutung, weil die Zahl der weiblichen Arbeitskräfte ständig, namentlich durch den Krieg, ganz gewaltig zugenommen hat und es jetzt wohl keinen Berufszweig gibt, in den nicht die Frau eingedrungen ist. Es sprechen hundert Wahrscheinlichkeiten dafür, daß die Krankheitshäufigkeit der erwerbstätigen Frau größer ist als die des Mannes, und deshalb ist schon mehr gefühlsmäßig eine entsprechende allgemeine Annahme vorhanden. Auch die Krankenkassenverwaltungen teilen allgemein die Ansicht, daß eine Kasse mit einer großen Zahl weiblicher Mitglieder finanziell viel ungünstiger gestellt ist als eine andere mit dem umgekehrten Verhältnis der beiden Mitgliedergruppen zueinander. Das kommt auch ständig offen in den Geschäftsberichten der Kassen zum Ausdruck. Man kann sich aber mit solchen allgemeinen Annahmen nicht begnügen. Schon damit nicht übers Ziel hinausgeschossen wird, sind genaue statistische Feststellungen unerläßlich.

Aus der amtlichen Statistik der Krankenversicherung ist zu ersehen, daß im Durchschnitt aller Jahre von 1885 bis 1913 von je 100 männlichen Mitgliedern 39, von den weiblichen aber nur 33 erwerbsunfähig

Digitized by Google

erkrankten. Im Laufe der Jahre hat die Erkrankungshäufigkeit sowohl bei den männlichen als auch bei den weiblichen Mitgliedern gleichmäßig zugenommen. Im Jahre 1913 sind von je 100 männlichen Mitgliedern 44, von den weiblichen 37 erwerbsunfähig erkrankt. Die etwas niedrigere Erkrankungshäufigkeit der weiblichen Kassenmitglieder zeigt sich somit vor dem Kriege in jedem Jahre, aber auch bei jeder der verschiedenen Kassenarten. Im Gegensatz zu dieser geringeren Zahl der Erkrankungsfälle der weiblichen Mitglieder zeigen diese aber ständig eine *längere Dauer* der Erkrankung. Im Jahre 1913 war die durchschnittliche Dauer eines mit Erwerbsunfähigkeit verbundenen Erkrankungsfalles bei den männlichen Mitgliedern 20, bei den weiblichen aber 24½ Tage. Die amtliche Statistik stellt ausdrücklich fest, daß die Frauen mehr an länger dauernden Krankheiten leiden als die Männer. Dadurch wird ihr Vorsprung durch die geringere Erkrankungshäufigkeit weit mehr als ausgeglichen. Im Jahre 1913 kamen auf 100 männliche Mitglieder 814 Krankheitstage, auf die gleiche Zahl weiblicher aber 914. Zur Erklärung der geringeren Erkrankungshäufigkeit der weiblichen Mitglieder muß vor allem der Umstand herangezogen werden, daß die männlichen ein höheres Durchschnittsalter haben. Die weiblichen Mitglieder waren, wenigstens in der Vorkriegszeit, größtenteils junge unverheiratete Arbeiterinnen. Mit dem Alter steigt die Erkrankungshäufigkeit. Würden die weiblichen Mitglieder das gleiche Durchschnittsalter haben wie die männlichen, so würde nicht nur die verhältnismäßige Zahl der Erkrankungsfälle dieselbe sein, sondern es würde die verhältnismäßige Zahl der Krankheitstage der Frauen noch viel mehr überragen.

Um eine genauere Krankheitsstatistik zu erhalten, hat das Reichsgesundheitsamt mit ziemlichem Kostenaufwand vor einer Reihe von Jahren einmal das gesamte einschlägige Material der *Allg. Ortskrankenkasse Leipzig-Stadt* statistisch bearbeiten lassen. Diese Kasse war seinerzeit nicht nur die größte Krankenkasse, sondern auch in dem hier in Betracht kommenden Punkte die besteingerichtete. Sie führt schon seit Jahrzehnten für jedes Mitglied eine Krankenkarte, auf der alle Krankheitsfälle nach Ursache, Dauer usw. genau vermerkt werden. Neuerdings hat das Reichsgesundheitsamt in gleicher Weise das Material der seit 1914 bestehenden noch größeren *Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin*, die ähnliche Einrichtungen besitzt, bearbeiten lassen. Das allgemeine Ergebnis dieser Untersuchungen ist, daß — was ebenfalls bisher wohl allgemein gefühlt, aber noch nicht ziffernmäßig bewiesen war — *die größeren Krankheitsgefahren der Frauen überwiegend mit ihren Geschlechtsaufgaben zusammenhängen*. Vor Eintritt und nach Beendigung der Geschlechtstätigkeit zeigt das weibliche Geschlecht sogar eine größere körperliche Widerstandskraft als das männliche. Nach der Statistik auf Grund des Materials der Ortskrankenkasse Leipzig entfallen Krankheitstage in der Altersklasse von 25 bis 29 Jahren bei den männlichen Mitgliedern 705, bei den weiblichen aber 1205, in der Altersklasse von 30 bis 34 Jahren 813 bzw. 1406. In der Altersklasse von 55 bis 59 Jahren entfallen auf 100 männliche Personen 1704, auf die gleiche Zahl weiblicher Personen aber nur 1485 Krankheitstage. Bei der Allg. Ortskrankenkasse Berlin, die im Jahre 1918 einen durchschnittlichen Bestand von 103 339 männlichen und 275 784 (also ein Mehrfaches) an weiblichen Mitgliedern hatte, kamen im selben Jahre auf 100 männliche Mitglieder 1482 und auf die gleiche Zahl weiblicher 1636 mit Erwerbsunfähigkeit verbundene Krankheitstage. Hierbei beachte man aber besonders die Verschiedenheiten in den Altersstufen: auf 100 männliche Mitglieder im Alter von 15 bis 20 Jahren entfallen 1085, auf die gleiche Zahl weiblicher im selben Alter aber nur 992 Krankheitstage; dann aber tritt der Wendepunkt ein: auf je 100 im Alter von 21 bis 24 Jahren entfallen bei den Männern 855,

Digitized by Google

bei den Frauen 1357 Krankheitstage. Die entsprechenden Ziffern sind in der Altersstufe von 25 bis 34 Jahren 1423 und 1947, in der Stufe von 35 bis 44 Jahren 1672 und 1977 und in der Stufe von 45 bis 54 Jahren, die für die Frauen besonders kritisch ist, 1487 und 1978 Tage. Später tritt wieder der Wendepunkt ein, und in der Altersstufe von 65 und mehr Jahren entfallen auf 100 Männer 3704 und auf 100 Frauen 3142 Krankheitstage. Was die einzelnen Krankheitsarten anbetrifft, so entfielen im Jahre 1918 auf 100 weibliche Mitglieder aller Altersstufen Erwerbsunfähigkeitsfälle wegen Krankheiten des Nervensystems 4,1, Krankheiten der Atmungsorgane 7,3, Krankheiten der Kreislauforgane 2,3, Krankheiten der Verdauungsorgane 6,8, Krankheiten der Geschlechtsorgane 2,8, Krankheiten der äußeren Bedeckung 2,6, Krankheiten der Bewegungsorgane 3,7, Krankheiten der Ohren 0,2, Krankheiten der Augen 0,4, Verletzungen und andere äußere Einwirkungen 2,1, örtliche Krankheiten 32,6. Von den einzelnen wichtigen Krankheitsarten war, abgesehen von der Grippe (Influenza), am stärksten vertreten der Luftröhrenkatarrh mit 6,6, Blutarmut (Anämie) mit 4,5, periphere Nervenkrankheiten 3,9, Magenleiden 2,7, Muskelerkrankungen 2,9 usw. Bei jeder einzelnen dieser Krankheiten läßt sich feststellen, daß die Frauen in den mittleren Jahren von ihr stärker befallen werden als die Männer. Die Einwirkung des Berufs auf die Krankheitsverhältnisse ist ebenfalls von den einzelnen Kassen schon oft zum Gegenstand statistischer Untersuchungen gemacht worden. Beispielsweise veröffentlicht die große Allgemeine Ortskrankenkasse München jährlich Ergebnisse solcher Feststellungen. Bei der Beschränktheit des Untersuchungsfeldes und der Verschiedenheit der Methoden haben aber solche Erhebungen einzelner Kassen keine allzu große Bedeutung. Es müßten auch hier Anweisungen zu einheitlichem Verfahren ergehen, damit die Ergebnisse der einzelnen Kassen zusammengestellt werden könnten.

Seit einer Reihe von Jahren pflegt auch der Hauptverband von Ortskrankenkassen im Deutschen Reich eine fortlaufende Statistik der Erkrankungsziffern. Rund 70 der größeren Ortskrankenkassen des Reiches senden zu dem Zwecke regelmäßige monatliche Berichte ein. Die Einrichtung hat den großen Vorzug, daß sie rasch über die wechselnden Gesundheitsverhältnisse der Bevölkerung in allen Teilen des Reiches unterrichtet. An der Hand dieser Statistik konnte man zunächst den Einfluß des Krieges auf die Krankenziffer beobachten. Am 1. Juli 1914, also vor Kriegsausbruch, waren 3,28 v. H. der männlichen und weiblichen Mitglieder erwerbsunfähig krank. Die Ziffer sank sodann rapid, und zwar am 1. Oktober 1914 auf 3,28 und am 1. November 1915 auf 2,46 v. H. Es ist seinerzeit viel erörtert worden, worauf dieser Rückgang der Zahl der Kranken zurückzuführen ist. Man ist zu der Erklärung gekommen, daß die ersten Aufregungen des Krieges und das Streben, mit Anspannung aller Kräfte über seine nachteiligen Wirkungen hinwegzukommen, keine Zeit zu langem Kranksein aufkommen ließen. Mit Beginn des Jahres 1916 setzte der Umschwung ein; die Zahl der Kranken bewegte sich von da an wieder in aufsteigender Linie. Die Berichte zeigten durchschnittlich einen Bestand von 2,60 v. H. Erwerbsunfähigen. Am 1. August 1917 waren es schon wieder 3,36 v. H. Von diesem Tage an nahm auch der Hauptverband der Ortskrankenkassen eine Teilung der Kranken in männliche und weibliche vor, und es zeigte sich, daß von 100 männlichen Mitgliedern 3,48 und von der gleichen Zahl weiblichen 3,24 erwerbsunfähig krank waren. Wir sehen hier wieder ein Überwiegen der Zahl der männlichen Kranken. Die Ursache dürfte darin zu suchen sein, daß die zahlreich eingestellten neuen weiblichen Hilfskräfte in der Inanspruchnahme von Krankenkassenleistungen noch ungeübt waren, und daß durch die Einberufung der jungen und kräftigen männlichen Mitglieder zum Heeresdienst die

Digitized by Google

zurückgebliebenen männlichen Personen im allgemeinen gesundheitlich nicht einwandfrei waren. Der verhältnismäßig günstigere Stand der weiblichen Mitglieder war also nur daraus entstanden, daß die männlichen Mitglieder infolge der Auswahl der Gesunden zu Kriegszwecken unverhältnismäßig ungesund war. Bald zeigte sich auch wieder das alte Verhältnis. Am 1. November 1918, der Zeit einer Grippe-Epidemie, waren 7,61 v. H. der männlichen und 8,64 v. H. der weiblichen Mitglieder erwerbsunfähig krank. Am 1. Februar 1920 bezogen 3,05 v. H. der männlichen und 3,87 v. H. der weiblichen Mitglieder Krankengeld, am 1. Februar 1921 waren es 3,69 bzw. 4,32 v. H. Bei einigen Ortskrankenkassen war das Verhältnis der männlichen und weiblichen Kranken zur entsprechenden Mitgliederzahl wie folgt: Berlin 3,96 und 5,78 v. H., Hamburg 3,79 und 6,49 v. H., Leipzig 2,80 und 4,05 v. H., Frankfurt a. M. 3,62 und 5,16 v. H., München 2,60 und 3,64 v. H., Dresden 2,60 und 3,94 v. H., Stuttgart 4,08 und 5,47 v. H., Breslau 4,68 und 6,59 v. H., Nürnberg 4,39 und 5,64 v. H., Chemnitz 3,28 und 4,37 v. H. usw. So verschieden auch in den einzelnen Orten der Gesamtbestand an erwerbsunfähig Kranken ist (was natürlich vielfach auf die verschiedene Auffassung der Ärzte bei der Bescheinigung der Erwerbsunfähigkeit zurückzuführen ist), gleich ist immer der verhältnismäßig größere Anteil der Frauen an der Zahl der Kranken. In all den aufgeführten Zahlen sind die Wöchnerinnen nicht einbegriffen, weil die Entbindung keine „Krankheit" darstellt.

Damit dürfte im allgemeinen der Beweis erbracht sein, daß die häufig dreifache Belastung der Frau mit den Aufgaben der Arbeiterin, Hausfrau und Mutter, deren Gesundheitszustand schwer beeinträchtigt. Sie erliegt den Anstrengungen bald und muß sich häufig durch längere Krankheit erst wieder erholen. Wenn jetzt das Ergebnis der Krankenstatistik sich sehr zuungunsten der Frau verändert hat, so deshalb, weil infolge des Krieges Frauen in großer Zahl (auch solche in den mittleren Jahren) in die Kassenmitgliedschaft einbezogen worden sind, die den Anforderungen des oft schweren Berufs nicht gewachsen waren. Der Sozialpolitiker muß den Schluß daraus ziehen, daß erhöhte Schutzmaßnahmen für die Arbeiterin unerläßlich sind

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

„Gehobene Stellung" eines Angestellten.

Beschluß des Oberschiedsgerichts für Angest.Vers. vom 13. Oktober 1920 (P. 128/20).

...In Frage kommt, ob der bezeichnete Lokomotivaufseher als Werkmeister oder in einer ähnlich gehobenen Stellung wie ein Werkmeister sich befindet, oder ob er lediglich als Vorarbeiter zu erachten ist. Das letztere ist anzunehmen. Dabei kann für die entgegengesetzte Auffassung nicht als ausschlaggebend angesehen werden, daß dem Beschwerdeführer in neuerer Zeit ein festes Gehalt zugesichert und eine einmonatige Kündigungsfrist vorgesehen ist. Die gehobene Stellung muß sich vielmehr aus der Art der Beschäftigung ableiten lassen. Das ist hier nicht der Fall, denn H. arbeitet, wie sich aus der Auskunft der Arbeitgeberin vom 30. Juni 1920 ergibt, unter einem Oberaufseher, der hier die Stelle eines Werkmeisters ersetzt. Seine Aufsichts- und Anordnungsbefugnisse bewegen sich lediglich in den Grenzen, wie sie auch einem Vorarbeiter zukommen. Der vorliegende Fall liegt, worauf der Rentenausschuß in seinem Beschluß zutreffend hingewiesen hat, ähnlich wie der Sachverhalt in der grundsätzlichen Entscheidung des Oberschiedsgerichts vom 30. Januar 1917 (P. 267/16). Sie betraf die Versicherungspflicht eines Förderaufsehers in einem Steinkohlenbergwerk nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte, dem unter Aufsicht eines Steigers und Obersteigers die Beaufsichtigung von Bedienungspersonal bei der Förderung oblag, und der ebenfalls nicht körperlich mitarbeitete. Auch diese wurde verneint und gleichzeitig festgestellt, daß der Fördermeister zu den in § 1226 Abs. 1 Nr. 1 RVO. bezeichneten Personen gehört habe. Gleiches hat auch hier zu gelten. Demnach war die Beschwerde mit der Maßgabe zurückzuweisen, daß H. nicht, wie in dem Beschlusse des Rentenausschusses angegeben ist, zu den in § 1226 Abs. 1 Nr. 2 RVO., sondern zu den in § 1226 Abs. 1 Nr. 1 RVO. bezeichneten Personen gehört.

Digitized by Google

Maß der Ersatzansprüche der Krankenkasse bei Eisenbahnunfall von Versicherten.

Urteil des Oberlandesgerichts Frankfurt a. M. (1. Zivilsen.) vom 7. Februar 1921.

Drei Mitglieder der klagenden Knappschaftskrankenkasse hatten auf einer preußischen Bahnstrecke einen Unfall erlitten, durch den sie körperlich verletzt wurden. Die Klägerin hat ihnen Krankenhilfe in Gestalt von Krankenhauspflege und Hausgeld gewährt und den preußischen Eisenbahnfiskus auf Grund der §§ 1542, 1544 RVO. auf Erstattung der Aufwendungen geklagt. Der Beklagte hat seine Haftpflicht aus dem Reichshaftpflichtgesetz gegenüber den Verletzten und seine Ersatzpflicht gegenüber der Kasse nicht bestritten, aber die Erstattung der Kosten des Unterhalts im Krankenhause abgelehnt, da nach § 1503 Abs. 2 RVO. für diesen Betrag Ersatz nur aus der Unfallrente beansprucht werden könne.

Das Landgericht hat den Anspruch dem Grunde nach für gerechtfertigt erklärt. Die hiergegen vom beklagten Fiskus eingelegte Berufung ist zurückgewiesen worden aus folgenden Gründen:

I. Voraussetzung des gesetzlichen Übergangs der Schadenersatzforderung des Verletzten gegen den Schädiger auf den Versicherungsträger ist, daß die Forderung zunächst in der Person des Verletzten entstanden ist. Sie geht alsdann auf den Versicherungsträger insoweit über, als er dem Entschädigungsberechtigten pflichtmäßige Leistungen zu gewähren hat (§ 1542 Abs. 1 RVO.). Zugestandenermaßen haftet die Eisenbahn den Verletzten wegen der Körperverletzung nach § 3a des Reichshaftpflichtgesetzes für den Ersatz der Kosten, der Heilung und des infolge der Aufhebung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit eingetretenen Vermögensschadens. Die Leistungen der Kasse entsprachen, wie nicht bestritten ist, den Vorschriften des Statuts und bestanden in der an Stelle von Krankenpflege und Krankengeld gewährten Krankenhauspflege (Kur und Verpflegung in einem Krankenhaus § 184 RVO.), wozu noch ein Hausgeld für die Angehörigen (§ 186) trat. Die Krankenhauspflege zerfällt in die eigentliche Krankenpflege und in den Unterhalt im Krankenhaus (Lehmann, Kommentar V zu § 1503 RVO. Anm. 6). Offensichtlich gehören die Kosten der Krankenpflege zu den Kosten der Heilung und diejenigen des Unterhalts, soweit sie der Heilung dienen, ebenfalls; soweit sie an die Stelle des aufgehobenen Erwerbs treten, sind sie Ersatz des eingetretenen Vermögensschadens. Es steht sonach grundsätzlich fest, daß der Beklagte auch für den Unterhalt der Verletzten im Krankenhause der Klägerin ersatzpflichtig ist.

II. Ausgehend von dem in Abs. 1 § 1542 RVO. festgelegten Grundsatze, daß der dritte Ersatzpflichtige zufolge des gesetzlichen Forderungsüberganges die Aufwendungen dem Versicherungsträger zu erstatten hat, verweist dann Abs. 2 für das Maß des Ersatzes der Krankenpflege, Krankenhauspflege usw. auf die entsprechende Anwendung des § 1503, der statt des wirklichen Aufwandes (§ 1504) Pauschsätze nach Teilen des Grundlohnes festsetzt. Für den Unterhalt im Krankenhause ist die Hälfte des Grundlohnes (§§ 180, 181) angesetzt und beigefügt:

„für diesen Betrag kann Ersatz nur aus der Unfallrente beansprucht werden".

Dieser Vorschrift, die im ersten Abschnitt des V. Buches der RVO. mit der Überschrift: „Beziehungen der Versicherungsträger zueinander. I. Krankenversicherung und Unfallversicherung" steht, liegt der gesetzgeberische Gedanke zugrunde, daß der Versicherte für die Zeit, wo er von der Berufsgenossenschaft die Unfallrente und gleichzeitig von der Krankenkasse den Unterhalt bezieht, nicht Doppelleistungen erhalten soll. Er muß sich deshalb die Anrechnung des Unterhalts auf die Unfallrente gefallen lassen und erhält diese gekürzt um den Unterhalt. Die Einzelheiten der Anrechnung enthalten die §§ 1506 und 1507. Die Berufsgenossenschaft ihrerseits genügt ihrer Erstattungspflicht gegenüber der Krankenkasse, indem sie ihr den dem Rentenempfänger vorenthaltenen Teil der Rente zahlt. Aus ihren sonstigen Mitteln braucht sie den Unterhalt nicht zu zahlen. Die Unfallrente ist also für die Erstattung des Unterhalts im Verhältnis der beiden Versicherungsträger zueinander als einziger Zugriffsgegenstand für die Befriedigung des einen gegenüber dem anderen bezeichnet. Fehlt es an diesem, so bleiben der Krankenkasse die Unterhaltskosten zur Last.

Der § 1503 läßt nun auf das Verhältnis zum dritten Ersatzpflichtigen (§ 1542) nur unmittelbare Anwendung in den Fällen ohne weiteres zu, wenn dem Verletzten eine Geldrente (§ 843 BGB., Haftpflichtgesetz) gerichtlich oder außergerichtlich (z. B. im Vergleichswege) bewilligt ist. Auch da muß sich der Verletzte für die Zeit, wo sich Doppelleistungen gegenüberstanden, mit der gekürzten Rente begnügen, und der Schädiger darf mit der Kürzung die Kasse bezahlen. Ist aber eine Rente nicht bewilligt, so kann die entsprechende Anwendung des § 1503 nicht dazu führen, das entgegen dem Grundsatz des § 1542 die Kasse nunmehr die Unterhaltskosten endgültig zu tragen hat. Hierfür fehlt es an jedem inneren Grunde. Gegenüber den Trägern der reichsgesetzlichen öffentlich-rechtlichen Versicherung bestand für den Gesetzgeber Grund und Veranlassung, die Ausgleichung unter Umständen zu beschränken (§ 1501). Gegenüber dem dritten Verpflichteten läge darin nur Verletzung des Grundsatzes, wonach dieser der Kasse statt dem Versicherten zum Schadenersatz verpflichtet ist nur dessen Maß, d. h. die Höhe der Beträge nach Pauschsätzen geregelt ist.

Der Senat gibt damit unter Billigung

Digitized by Google

des angefochtenen Urteils und der Rechtsausführungen in „Arbeiter-Versorgung" XXXVII (1920), S. 258 Ziff. 5, die gegenteilige Ansicht in seiner Entscheidung vom 2. Juli 1918 1 U. 56/17 in Sachen Tiefbauberufsgesellschaft Berlin/Eisenbahnfiskus auf.

B. Zur Krankenversicherung.

Feststellung des Bedürfnisses für Fortbestehen einer Landkrankenkasse.

Erlaß des preuß. Ministers für Volkswohlfahrt vom 9. April 1921 („Volksw." S. 235).

Es ist hier die Wahrnehmung gemacht worden, daß bei Prüfung der Bedürfnisfrage nach dem Fortbestehen einer Landkrankenkasse nicht ordnungsmäßig verfahren wird. Nach dem klaren Wortlaut der Vorschrift des § 264 Abs. 2 RVO. soll eine Landkrankenkasse mit der Allgemeinen Ortskrankenkasse erst dann vereinigt werden, wenn das Versicherungsamt (Beschlußausschuß) nach Anhören beteiligter Arbeitgeber und Versicherungspflichtiger das Bedürfnis für das Fortbestehen der Landkrankenkasse verneint. Wie in der Begründung zu § 227 RVO. ausdrücklich hervorgehoben ist, sind die beteiligten Arbeitgeber und Versicherten „in entsprechender, also nicht zu kleiner Zahl zu hören". Trotzdem haben Versicherungsämter in einzelnen Fällen die Bedürfnisfrage nach dem Fortbestehen der Landkrankenkasse verneint, ohne diese Anhörung stattfinden zu lassen oder nachdem nur vereinzelte Vertreter vernommen worden sind.

Ich ordne daher an, daß vor der Beschlußfassung der Versicherungsämter den beteiligten Organisationen der landwirtschaftlichen Arbeitgeber und landwirtschaftlich Beschäftigten Gelegenheit zur Äußerung über die Bedürfnisfrage gegeben wird.

Erstattung der Familienwochenhilfe; Beschwerde im Aufsichtswege.

Erlaß des preuß. Ministers für Volkswohlfahrt vom 12. April 1921 („Volksw." S. 235).

Das Oberversicherungsamt hat auf den Antrag der Betriebskrankenkasse der Firma M. in S. wegen Erstattung der Hälfte der ihren Mitgliedern gewährten satzungsmäßigen Familienwochenhilfe am 19. Dezember 1920 — II 322/20 — dahin entschieden, daß durch das Reich nur die Regelleistungen, nicht aber die Mehrleistungen (weil diese lediglich freiwillige Leistungen seien) zur Hälfte zu erstatten seien. Dieser Auffassung des Oberversicherungsamts kann ich in Übereinstimmung mit dem Herrn Reichsarbeitsminister nicht beitreten. Der § 205d RVO. in der Fassung des Gesetzes vom 30. April 1920 (RGBl. S. 1069) schreibt ohne Einschränkung vor, daß die Leistungen der Kasse nach § 205a ihr durch das Reich zur Hälfte erstattet werden. Diese Vorschrift gilt daher auch für § 205a Abs. 2, d. h. den Fall, daß die Satzung den Betrag des Wochengeldes und des Stillgeldes je bis auf die Hälfte des Krankengeldes der Versicherten erhöht hat. Das Oberversicherungsamt wolle daher die obenbezeichnete Entscheidung zurückziehen und das Weitere veranlassen.

Was die Frage der „Endgültigkeit" der dortigen Entscheidung betrifft, so bemerke ich, daß diese nur in dem Sinne endgültig ist, als dem Empfänger dagegen ein förmliches Rechtsmittel nicht zusteht. Die „Endgültigkeit" der Entscheidung schließt aber die Möglichkeit der formlosen Beschwerde im Aufsichtswege nicht aus.

Wochenhilfe und Wochenfürsorge für Ehefrauen von Reichswehrangehörigen.

Erlaß des preuß. Ministers des Innern vom 17. März 1921 (Volksw. S. 204).

Ehefrauen von Reichswehrangehörigen, die dem Reiche während des Krieges Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste im Sinne der Bekanntmachungen und Verordnungen über die Kriegswochenhilfe nicht geleistet haben, können bei Entbindungen Wochenhilfe und Wochenfürsorge lediglich nach Maßgabe der allgemeinen Vorschriften des Reichsgesetzes vom 26. September 1919 in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Mai 1920 (RGBl. S. 1069) beanspruchen. (Vgl. insbesondere die §§ 2, 10 und 17 ff. a. a. O.)

Dagegen ist Ehefrauen von Reichswehrangehörigen, die als Kriegsteilnehmer anzusehen sind, Wochenhilfe auf Grund der für sie in mancher Hinsicht günstigeren Vorschriften der Bekanntmachungen über die Kriegswochenhilfe zu gewähren, und zwar nach § 8 des vorerwähnten Gesetzes gegebenenfalls auch für Entbindungen in der Zeit nach Beendigung des Krieges.

Demnach ist, solange diese Vorschrift und die Verordnungen über die Kriegswochenhilfe noch gelten, bei Anträgen auf Gewährung von Wochenhilfeleistungen im Einzelfalle zu prüfen, ob der Ehemann die Eigenschaft als Kriegsteilnehmer besitzt oder nicht. Als Kriegs- usw. Dienst im Sinne der Bekanntmachungen über Kriegswochenhilfe ist nicht nur die Verrichtung militärischer Dienstleistungen während der Dauer des Krieges, sondern auch der Dienst bei der Reichswehr vor Kriegsende anzusehen, der dem bei den Formationen des alten

Digitized by Google

Heeres oder ihren Abwicklungsstellen geleisteten grundsätzlich gleichzustellen ist. Deshalb kann auch der Übertritt von dem alten Heere zur Reichswehr in diesem Zusammenhange lediglich als Fortsetzung militärischer Dienstleistungen bewertet werden und demnach nicht zum Verlust der Kriegsteilnehmereigenschaft führen. Als Kriegsdienstzeit gilt gemäß § 1 der Bekanntmachung des Herrn Reichsarbeitsministers vom 25. Mai 1920 (RGBl. S. 1081) die Zeit bis zum 10. Januar 1920. Somit haben als Kriegsteilnehmer in obigem Sinne diejenigen Reichswehrangehörigen zu gelten, die bereits an diesem Tage Dienst bei der Reichswehr getan haben oder später aus Dienststellen des alten Heeres zur Reichswehr übergetreten sind. Wer in diesen Dienst erst nach dem 10. Januar 1920 eingetreten ist, ohne bis zum Eintrittstage sonstige militärische Dienste verrichtet zu haben, kann dagegen nicht mehr als Kriegsteilnehmer angesehen werden. Ausscheiden aus dem Militärdienst führt im allgemeinen zum Verlust der Kriegsteilnehmerschaft (zu vgl. jedoch § 8 Abs. 2 des Reichsgesetzes vom 26. September 1919). Ist sie auf diese Weise erloschen, so kann sie auch durch den Beitritt zur Reichswehr nach Kriegsende (nach dem 10. Januar 1920) nicht wieder aufleben.

Die Unterscheidung zwischen Ehefrauen von Kriegsteilnehmern und Nichtkriegsteilnehmern ist auch für die Zeit nach Beendigung des Krieges insofern von Bedeutung, als im § 8 Abs. 2 des Gesetzes vom 26. September 1919 für Kriegsteilnehmer in obigem Sinne die Zeit nach dem 10. Januar 1920 in dem dort bezeichneten Umfang der Zeit der Kriegsdienstleistungen bei Anwendung der Bekanntmachungen über die Kriegswochenhilfe im Rechtssinne gleichgestellt wird. Und zwar betrifft § 8 Abs. 2 Satz 1 a. a. O. Entbindungen in der Zeit zwischen Kriegsende und der Entlassung aus dem Militärdienst, § 8 Abs. 2 Satz 2 solche, die nach Kriegsende binnen sechs Wochen nach der Dienstentlassung erfolgt sind. Dies hat zur Folge, daß die Vorschriften über die Kriegswochenhilfe nach geltendem Recht zugunsten der Ehefrauen von Reichswehrangehörigen, die als Kriegsteilnehmer zu gelten haben, bis zu ihrem Ausscheiden aus dem Dienste der Reichswehr und darüber hinaus bis zu sechs Wochen nach dem Ausscheiden aus diesem Dienst anzuwenden sind.

Der Begriff „minderbemittelt" im Sinne des § 2 der Bekanntmachung über Wochenhilfe vom 23. April 1915 ist bislang nicht anderweit festgelegt worden. Es ist daher auch weiterhin nach den bisherigen Vorschriften zu verfahren.

Bei der Berechnung des Familieneinkommens gemäß § 2 Abs. 2 jener Bekanntmachung ist bei Kapitulanten — sofern sie ihre Dienstzeit nicht aus Erwerbsgründen für längere Dauer unterbrochen haben — das Jahr vor Kriegsbeginn zugrunde zu legen, im übrigen das Jahr oder Steuerjahr vor dem Diensteintritt des Ehemannes, und zwar auch dann, wenn die Ehe erst nach Kriegsbeginn oder nach erfolgter Einberufung zum Heeresdienst geschlossen wurde. Zu beachten bleiben auch ferner die Bestimmungen meiner Runderlasse vom 30. Oktober 1916 — I c 928 — und vom 11. Januar 1917 — I c 1133 —.

C. Zur Militärversorgung.

Heilfürsorge für Kriegsbeschädigte.

Erlaß des **Reichsarbeitsministers** vom 7. April 1921 (V. B. 1434).

I. Die Heilfürsorge, die den unter das Reichsversorgungsgesetz vom 12. Mai 1920 fallenden Dienstbeschädigten auf Grund ihres Rentenanspruchs oder der anerkannten Dienstbeschädigung zusteht, wird nach § 8 dieses Gesetzes ausschließlich durch die Krankenkassen und Versorgungsbehörden gewährt und durchgeführt; eine Beteiligung der Fürsorgestellen oder Landesversicherungsanstalten ist nicht vorgesehen.

Im Hinblick auf diese gesetzlichen Vorschriften konnte die Geltungsdauer der bisher für das Zusammenarbeiten zwischen Versorgungsämtern, Landesversicherungsanstalten und Amtlichen Fürsorgestellen maßgebenden Richtlinien vom 15. Januar und 17. April 1920 (Amtl. Nachr. S. 19 Nr. 25 und S. 71 Nr. 186) nicht mehr verlängert werden; sie sind daher mit dem 1. April 1921 außer Kraft getreten. Heilverfahren, die von den Landesversicherungsanstalten oder Amtlichen Fürsorgestellen in diesem Zeitpunkt bereits eingeleitet oder in der Durchführung begriffen waren, dürfen nach den Grundsätzen jener Richtlinien noch zu Ende geführt werden.

Inwieweit die Mitwirkung der Amtlichen Fürsorgestellen bei der Beantragung der Heilbehandlung durch den Beschädigten oder während ihrer Durchführung durch Krankenkasse oder Versorgungsbehörde geboten ist, wird in den demnächst erscheinenden Leitsätzen für die Durchführung der Versorgungs-Heilbehandlung geregelt.

II. Soweit die Hauptversorgungsämter nach Ziffer I den Amtlichen Fürsorgestellen die Kosten der von diesen innerhalb Deutschlands durchgeführten Heilverfahren noch erstatten können, ist nichts dagegen einzuwenden, wenn den beteiligten Beschädigten auf Antrag mit Rückwirkung vom 1. April 1920 an oder, wenn die Aufnahme in die Heil- oder Kuranstalt auf Veranlassung der Fürsorgestelle erst später stattgefunden hat, von diesem Tage an auch Hausgeld und Taschengeld sowie Reisekosten nach folgenden Grundsätzen gezahlt wird.

1. Maßgebend sind die Vorschriften in Ziffer XX der Bestimmungen über Heilbehandlung usw. der Übergangskranken vom 28. 6. 20 (Amtl. Nachr. S. 130 Nr. 327) in Verbindung mit dem Ergänzungserlaß vom 20. 9. 20 (Amtl. Nachr. S. 236 Nr. 565).

2. Die Beschädigten richten ihren Antrag auf Zahlung dieser Gebührnisse an die Amtliche Für-

Digitized by Google

sorgestelle, auf deren Veranlassung ihnen eine Heilanstaltspflege oder Badekur bewilligt worden ist. Anträge, die nach dem 31. Mai 1921 eingehen, können nur beim Vorliegen außergewöhnlicher Umstände noch berücksichtigt werden. Die Fürsorgestelle legt alsdann im Sinne der Ziffer 1 des mit Erlaß vom 2. Juli 1920 V. B. 673. 6. 20 II. Ang. gegebenen Musters dem Versorgungsamt einen besonderen Antrag vor, aus dem weiter noch hervorgehen muß:

a) ob das Einkommen des Beschädigten infolge der Heilbehandlung sich gemindert hat und wie hoch die Einkommensminderung sich beläuft (Tagessatz oder Monatsbetrag). Als Einkommen gelten auch die Erwerbslosenbezüge und die Versorgungsgebührnisse,

b) ob und welche Versorgungsgebührnisse (Rente oder Pension einschließlich aller Zulagen, wie z. B. Kriegs-, Verstümmelungs-, Teuerungszulage, Kriegsbeihilfe) der Beschädigte während der auf Veranlassung der Fürsorgestelle durchgeführten Anstaltspflege bezogen hat (Monatsbetrag),

c) ob und in welchem Betrage (Tagessatz) von einer Krankenkasse für die gleiche Zeit Krankengeld gezahlt worden ist, und

d) ob der Beschädigte für die gleiche Zeit und aus der gleichen Veranlassung bereits Taschengeld, Unterstützungen oder Reisekosten von der Fürsorgestelle erhalten hat und in welcher Höhe.

Die zu b und d gezahlten Beträge sind auf das zuständige Hausgeld usw. anzurechnen, so daß der Beschädigte jeweils nur den Unterschied zwischen den bereits empfangenen Bezügen und den nach dieser Anordnung zahlbar werdenden Gebührnissen erhält.

3. Das Versorgungsamt berechnet hiernach das Hausgeld und Taschengeld und zahlt es mit den zuständig werdenden Reisekosten unter Benachrichtigung der Amtlichen Fürsorgestelle unmittelbar an den Beschädigten aus.

4. Vorstehende Bestimmungen gelten auch für dienstbeschädigte ehemalige Offiziere usw. des Beurlaubtenstandes, soweit diese unter das Reichsversorgungsgesetz fallen. Für ehemalige Offiziere usw. des Friedensstandes kommen sie erst von dem Tage ab in Betracht, an dem sich diese in einem Antrage an das Versorgungsamt für die Wahl der Versorgung nach dem Reichsversorgungsgesetz entschlossen haben.

Sind aber den ehemaligen Offizieren usw. des Beurlaubtenstandes oder des Friedensstandes während der Durchführung der von der Fürsorgestelle bewilligten Anstaltsbehandlung (Badekur) die früheren militärischen Gebührnisse für Rechnung der Abwickelung gezahlt worden, so werden ihnen Hausgeld, Taschengeld oder Reisekosten im Sinne dieses Erlasses nicht gewährt. Diese Tatsache haben die Fürsorgestellen und Versorgungsämter bei Prüfung der eingehenden Anträge besonders zu beachten.

III. Die Vorschriften unter II gelten auch für die Beschädigten, denen durch Vermittlung der Versicherungsanstalten eine Heilanstaltspflege (Badekur) auf Grund der unter I bezeichneten Richtlinien bewilligt worden ist, sofern die Kosten dieses Heilverfahrens vom Hauptversorgungsamt übernommen werden. Bei solchen Beschädigten hat aber die Amtliche Fürsorgestelle in ihrem Antrage an das Versorgungsamt neben der Beantwortung der Fragen II, 2 noch anzugeben, ob und welche Barbeträge (Taschengeld, Unterstützungen, Reisekosten usw.) die Versicherungsanstalt dem Beschädigten während der Heilanstaltspflege (Badekur) gezahlt hat. Diese Beträge werden ebenfalls auf das Hausgeld usw. (vgl. Ziffer II) vom Versorgungsamt angerechnet.

Zuständigkeit und Verfahren in Versorgungssachen.

Erlaß des **Reichsarbeitsministers** v. 17. Febr. 1921.

In Berichten einzelner Hauptversorgungsämter zum Ausdruck gekommene Zweifel und Mißverständnisse veranlassen mich, folgende Erläuterungen der Verordnung zur Ausführung des Gesetzes über die Versorgungsbehörden vom 22. 6. 1920 (Amtliche Nachrichten Heft 24 Nr. 395) bekannt zu geben*).

Zu §§ 8 bis 15: Der für die Entscheidung zuständigen Versorgungsbehörde liegt auch die Klärung der Dienstbeschädigungsfrage ob.

Die Aufbewahrung der Akten nach Erledigung des Antrages erfolgt bei dem nach § 10 örtlich zuständigen Versorgungsamt, und zwar auch dann, wenn nach § 9 oder § 15 das Hauptversorgungsamt entschieden hat. Nur die Akten über Kapitalabfindung verbleiben beim Hauptversorgungsamt.

Die frühere Kontingentszugehörigkeit des Beschädigten bzw. des Verstorbenen ist nach der Verordnung vom 22. Juni 1920 für die Entscheidung nach altem und neuem Recht wie auch für die Aufbewahrung der Akten ohne Bedeutung. Entgegenstehende frühere Vorschriften (z. B. Ziff. 48 der Pensionierungsvorschrift) gelten als aufgehoben.

Zu § 9: Auf die Ergänzung des § 9 durch Ziffer I der Verordnung vom 17. 12. 20 (Amtliche Nachrichten Heft 55 Nr. 922) wird verwiesen.

Zu e): Als „besonders kostspielig" gilt eine Zahnbehandlung, deren Kosten einschließlich der Kosten des Zahnersatzes 150 ℳ übersteigen. Die nach Nr. 1 der Ausführungsbestimmungen zu § 8 RVG. erforderliche Genehmigung wird also bei Kosten bis zu 150 ℳ vom Versorgungsamt, darüber hinaus vom Hauptversorgungsamt erteilt. Übersteigen die Kosten den Betrag von 2000 ℳ, so ist bis auf weiteres die Genehmigung des Reichsarbeitsministers einzuholen.

Zu f): Kuren in ausländischen Kurorten und Heilanstalten bedürfen der Genehmigung des Reichsarbeitsministers.

Zu §§ 10 und 11: Liegt der nach § 10 Abs. 2 maßgebende Wohnort der Witwe oder des Verstorbenen im abgetretenen Gebiet oder sonst im Ausland und ist auch ein früherer Wohnort innerhalb der neuen Reichsgrenzen nicht bekannt, so findet Abs. 3 des § 10 Anwendung, auch wenn die Antragsteller (z. B. Eltern, uneheliche Kinder) in Deutschland wohnen. Ist infolge Todes mehrerer Söhne eine mehrfache Zuständigkeit begründet, so kann von den mehreren örtlich zuständigen die zunächst angegangene Behörde — unter Benachrichtigung der sonst in Frage kommenden Behörden — die Angelegenheit in ganzem Umfange erledigen.

Zu § 13: Zu dieser Vorschrift, die vor allem Bedeutung hat für die Umanerkennung nach dem RVG., vgl. Ziff. II der Verordnung vom 17. 12. 1920 — Amtliche Nachrichten Heft 55 Nr. 922.

Die beim Hauptversorgungsamt des Wohnorts der Antragsteller lagernden Akten über bewilligte oder abgelehnte Versorgung von Eltern, unehelichen Kindern usw. sind einstweilen nicht allgemein an das nach § 10 Abs. 2 zuständige Hauptversorgungsamt abzugeben, sondern nur im Einzelfall, wenn die Umanerkennung erfolgen soll oder neue Anträge eingegangen sind.

Zu § 14: Hält das Versorgungsamt oder Hauptversorgungsamt, an das eine Angelegenheit aus

*) Zu vgl. ArbVers. 1920 S. 533, wo übrigens das Datum der Verordnung zu berichtigen ist: 22. Juni (nicht Juli) 1920.

Digitized by Google

Zuständigkeitsgründen abgegeben ist, sich nicht für zuständig, so gibt es die Sache nicht erst zurück, sondern legt sie sofort der zur Entscheidung berufenen Stelle vor.

Zu § 15: Um vor der Entscheidung zeitraubende Aktenversendungen aus Anlaß der neuen Zuständigkeitsvorschriften zu vermeiden, ist die frühere Zuständigkeit für bereits schwebende Anträge ausnahmsweise aufrechterhalten. Aus der Stellung des § 15 am Schluß der Vorschriften über die „sachliche und örtliche Zuständigkeit" folgt, daß diese Vorschrift sich nicht nur auf die sachliche, sondern auch auf die örtliche Zuständigkeit bezieht. Ein vor dem 1. 8. 1920 einem Hauptversorgungsamt vorgelegter Antrag darf nur dann weitergeleitet werden, wenn die Zuständigkeit des betr. Hauptversorgungsamts weder nach den alten noch nach den neuen Vorschriften begründet ist. Die Abgabe erfolgt in solchen Fällen an das nach den neuen Vorschriften zuständige Hauptversorgungsamt.

§ 15 findet nur Anwendung, sofern Versorgung nach den bisherigen Vorschriften — allein oder neben Versorgung nach dem RVG. — in Frage kommt, d. h. zu bewilligen oder abzulehnen ist. Für Angelegenheiten, in denen lediglich Versorgung nach dem RVG. in Frage kommt, regelt sich die Zuständigkeit ausschließlich nach den §§ 8 bis 11.

Zu § 17: Bestimmt sich die örtliche Zuständigkeit nicht nach dem Wohnort des Antragstellers (vgl. § 10 Abs. 2), so ist das Versorgungsamt des Wohnorts gleichwohl verpflichtet, Anträge entgegenzunehmen und an die zuständige Stelle weiter zu leiten. Wieweit es zweckmäßig vor der Weiterleitung die nötigen Erhebungen vornimmt, um ein Ersuchen gemäß § 25 zu erübrigen, wird die Praxis ergeben.

Zu § 21: Die Vorschrift des § 21 Abs. 4 gilt nur für das Verwaltungsverfahren. Im Spruchverfahren entstandene Reisekosten usw. dürfen deshalb von den Versorgungsbehörden nur erstattet werden, wenn das Gericht sie nicht nach § 84 der Bestimmungen vom 18. Februar 1919 (RGBl. S. 217) selbst vergütet, sondern gemäß Art. II § 17 der Verordnung vom 1. Februar 1919 (RGBl. S. 149) dem unterlegenen Beklagten auferlegt hat und das Urteil rechtskräftig geworden ist.

Zu § 28: Jeglicher Begründung entbehrt ein Bescheid, in dem lediglich gesagt ist, daß „die gesetzlichen Voraussetzungen des erhobenen Anspruchs nach den getroffenen Feststellungen nicht vorliegen". Die einfache Angabe, daß eine nur ziffernmäßig bezeichnete Vorschrift nicht erfüllt sei, ist für den Empfänger unverständlich und deshalb ebenfalls unzureichend. Zur Begründung der Bescheide „in tatsächlicher und rechtlicher Beziehung" genügt es auch nicht, das Vorliegen der Voraussetzungen des Anspruchs mit den Worten des Gesetzes oder sonstiger Vorschriften (Ausführungsbestimmungen usw.) zu verneinen. Es ist deshalb ungenügend, die Ablehnung eines Anspruchs damit zu begründen, daß Dienstbeschädigung nicht vorliege oder daß ein ursächlicher Zusammenhang nicht bestehe. Es muß auf den einzelnen Fall eingegangen und kurz dargelegt werden, aus welchen Gründen Dienstbeschädigung nicht vorliegt oder ein Zusammenhang nicht besteht oder sonstige Voraussetzungen nicht gegeben sind.

Die Begründung hat trotz aller Kürze alles das zu enthalten, was dem Antragsteller — gegebenenfalls unter Zuziehung eines sachkundigen Beraters — ohne Einsichtnahme in die Versorgungsakten die Prüfung ermöglicht, ob der Bescheid den gesetzlichen Vorschriften entspricht oder ob und gegebenenfalls mit welcher Begründung Berufung Aussicht auf Erfolg bietet. Es muß auch ersichtlich sein, für welche Leiden Dienstbeschädigung anerkannt oder nicht anerkannt wird. Im Falle der Bewilligung ist anzugeben, wie die Gebührnisse sich zusammensetzen und berechnen (z. B. Grundrente, Schwerbeschädigten- und Ausgleichszulage usw.), sowie in welcher Höhe und weshalb sie zu ruhen haben. Durch sachgemäße Begründung der Bescheide wird die Zahl der aussichtslosen Berufungen eingeschränkt, die Abgabe einer Gegenerklärung im Spruchverfahren häufig überflüssig gemacht und den Spruchbehörden die Nachprüfung erleichtert.

In Bescheiden, die einen Anspruch mangels einer Minderung der Erwerbsfähigkeit um mindestens 10 v. H. (MVG.) bzw. 15 v. H. (RVG.) ablehnen, darf das Vorliegen von Dienstbeschädigung nur bejaht werden, wenn die Prüfung in dieser Richtung mit zweifelsfreiem Ergebnis abgeschlossen ist. Hiergegen ist durch Verwendung von Vordrucken bisher vielfach verstoßen worden. Wenn auch die Dienstbeschädigungsfrage in allen Fällen geprüft und das Ergebnis — unter Bezeichnung der betreffenden Leiden — in den Akten festgelegt werden muß, damit bei späterer Verschlimmerung des Leidens darauf zurückgegriffen werden kann, so kann es in zweifelhaften Fällen doch angezeigt sein, im Bescheide die Dienstbeschädigungsfrage offen zu lassen.

Zu § 29: Über die Zustimmung vgl. den Erlaß vom 28. November 1920 (Amtliche Nachrichten, Heft 50, Nr. 822).

Aus Abs. 2 des § 29 darf nicht gefolgert werden, daß die dort aufgezählten Angelegenheiten in allen Fällen zur Zuständigkeit der Versorgungsämter gehören. Das ist vielmehr nach § 8 nur der Fall, wenn nicht nach §§ 9a—g und 15 die Zuständigkeit des Hauptversorgungsamts oder nach §§ 4 ff. RVG. und den Ausführungsbestimmungen dazu die Zuständigkeit der Krankenkasse begründet ist.

Die Ausschließung des Einspruchs in Abs. 3 bezieht sich auf Bescheide nach dem RVG. wie nach den früheren Militärversorgungsgesetzen, auf Bescheide über Rechtsansprüche wie über gesetzliche und außergesetzliche „Kannbezüge" und auf Bewilligungen wie auf Ablehnungen. Sie gilt aber nur für Bescheide, die auf Grund der Verordnung, also nach ihrem Inkrafttreten, dem 1. August 1920, erlassen, d. h. zugestellt sind. Gegen Bescheide der Versorgungsämter, die vor dem 1. August 1920 zugestellt sind, war mithin innerhalb der vorgeschriebenen Frist der Einspruch zulässig, über den wie bisher das übergeordnete Hauptversorgungsamt zu entscheiden hat.

Ob das Versorgungsamt bei einem nach dem 31. Juli 1920 zugestellten Bescheide die nach § 29 Abs. 1, 2 erforderliche Zustimmung des Hauptversorgungsamts eingeholt hatte, ist für die Wirksamkeit des Bescheides und die Zulässigkeit der Berufung gleichgültig, weil die Zustimmung eine innere Angelegenheit der Behörden ist, die nach außen nicht in Erscheinung tritt.

Zu § 31: Die Zustellung durch eingeschriebenen Brief ist nur eine der zulässigen Zustellungsarten. Es kann daher in jeder Form zugestellt werden, die den Nachweis der erfolgten Zustellung und ihres Zeitpunktes ermöglicht. Es genügt z. B. auch Behändigung gegen schriftliches Empfangsbekenntnis.

Zu § 38: Soweit die im § 38 genannten Personen Ansprüche auf Grund des RVG. haben (vgl. §§ 92, 99, 100 RVG.), liegt die Entscheidung den Hauptversorgungsämtern und Versorgungsämtern ob. Das folgt aus § 1 des Gesetzes über die Ver-

Digitized by Google

sorgungsbehörden vom 15. Mai 1920 (RGBl. S. 1063), wonach die Durchführung des RVG. im Verwaltungsverfahren ausnahmslos Aufgabe der Hauptversorgungsämter und Versorgungsämter ist. Das Reichsarbeitsministerium wird mit den zuständigen Stellen vereinbaren, in welcher Weise die Versorgungsakten der im § 38 genannten Personen den Versorgungsbehörden zur etwaigen Festsetzung der nach dem RVG. zuständigen Gebührnisse zugänglich gemacht werden sollen.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Zusammenarbeit der Versicherungsträger mit der öffentlichen Wohlfahrtspflege.

In einem Erlasse des Reichsarbeitsministers vom 4. 9. 20 wird darauf hingewiesen, daß die Wohlfahrtspflege, deren unser Volk jetzt dringender als je bedürfe, der wünschenswerten Einheitlichkeit entbehre. „Einerseits" — so wird bemerkt — „lassen es die Träger der Sozialversicherung vielfach an der notwendigen Zusammenarbeit miteinander fehlen, anderseits wird auch über unzureichende Fühlungnahme der Träger der Sozialversicherung, einschließlich der Reichsversicherungsanstalt, mit den Ländern, Gemeinden, öffentlichen Körperschaften, den amtlichen Stellen der Kriegsbeschädigten- und Kriegshinterbliebenenfürsorge, der christlichen und weiteren privaten Liebestätigkeit auf dem Gebiete der Wohlfahrtspflege geklagt. Um hier Abhilfe zu schaffen, ist der ›Entwurf eines Gesetzes über den Zusammenschluß von Trägern der Reichsversicherung zum Zwecke gemeinsamer Wohlfahrtspflege und über Regelung des Heilverfahrens‹ dem Reichsrat vorgelegt worden. Dieser Entwurf ist von seiten der Versicherungsträger überwiegend abgelehnt worden. Um einen Überblick über den Stand der Organisation der Wohlfahrtspflege zu gewinnen, erbitte ich eingehende Mitteilung darüber, ob und welche Schritte zu einer einheitlichen Betätigung der Versicherungsträger mit den Ländern getan worden, welche Erfolge zu verzeichnen sind, und welche Schwierigkeiten zu überwinden waren oder bisher nicht überwunden werden konnten. Zahlenmäßige oder sonstige statistische Unterlagen wären mir erwünscht. — Besonders bitte ich, die erste Hilfe bei Unfällen zu berücksichtigen. Bei Betriebsunfällen sind zum Teil von den Berufsgenossenschaften Vorkehrungen getroffen. Es wäre zu erwägen, ob diese Einrichtungen nicht wenigstens teilweise auf breitere Grundlage gestellt und auch für Nichtbetriebsunfälle nutzbar gemacht werden könnten. Auch sonst scheinen besonders manche Krankenkassen für die erste Hilfe bei Unfällen Vorsorge getroffen zu haben. Ich wäre für eine Mitteilung darüber dankbar, ob man hierbei in Fühlungnahme mit den Ländern, Gemeinden usw. vorgegangen ist. — Endlich bitte ich um gefällige Angabe darüber, ob und welche Einrichtungen getroffen sind oder zu treffen wären, um die volle Ausnutzung einerseits der in den Krankenhäusern und Heilanstalten der Versicherungsträger verfügbaren Betten durch die sonstigen Träger der Wohlfahrtspflege und anderseits der diesen Trägern zur Verfügung stehenden Betten durch die Versicherungsträger zu gewährleisten. Die Feststellungen sind deshalb wichtig, weil in absehbarer Zeit an den Bau neuer Anstalten wohl nicht gedacht werden kann. Auf dem Gebiet der Kriegsbeschädigtenfürsorge werden in nächster Zeit die Heilungsmöglichkeiten durch organisatorische Maßnahmen verbessert. Die Verhandlungen sind bereits so weit gediehen, daß voraussichtlich bald eine Arbeitsorganisation gebildet sein wird, die die dem Reich bisher zur Verfügung stehenden Heilungsmöglichkeiten mit den von anderer Seite für die Kriegsbeschädigten zur Verfügung gestellten Einrichtungen zusammenfaßt."

Zu den hier aufgeworfenen Fragen hat, wie Kleeis in „Ortskrankenkasse" 1921 Sp. 215 ff. berichtet, der Vorstand des Deutschen Städtetages Stellung genommen. Soweit 1. die vorbeugende Fürsorge in Frage kommt, ist er der Meinung, daß zwischen den Trägern der Sozialversicherung und den gemeindlichen Wohlfahrtsämtern bereits vielfach enge Beziehungen bestehen, während in anderen Fällen Ansätze dazu vorhanden sind. Allerdings beständen große Verschiedenheiten. Teils handle es sich um rein örtliche Vereinbarungen, teils erstreckte sich die Zusammenarbeit auch auf größere Bezirke. Verschieden sei auch der Kreis der beteiligten Versicherungsträger. An erster Stelle seien die Arbeitsgemeinschaften mit den Trägern der Krankenversicherung zu nennen, die ja auch am nächsten lägen. Auch mit den Landesversicherungsanstalten bestehe, namentlich auf dem Gebiete der Tuberkulosebekämpfung, der Trinker- und Geschlechtskrankenfürsorge, nicht selten schon ein enger Konnex, während im Gegensatz hierzu die Berufsgenossenschaften und die Reichsversicherungsanstalt für Privatangestellte im allgemeinen noch abseits stünden. Auch in sachlicher Hinsicht (z. B. bezüglich des Arbeitsgebiets) seien ganz erhebliche Unterschiede vorhanden, und ein bestimmter Typ, den man als allgemein zweckmäßig und durchführbar bezeichnen könne, lasse sich noch nicht feststellen.

Die bisherige Entwicklung hat nach der Ansicht des Vorstandes des Deutschen Städtetages noch nicht solche Ergebnisse gezeitigt, daß die Angelegenheit als reif für eine gesetzliche Regelung erachtet werden könnte. Die Weiterentwicklung sollte — immer nach Ansicht des Städtetages — unter Führung der gemeindlichen Wohlfahrtsämter einstweilen noch der freiwilligen Vereinbarung überlassen bleiben. Zu empfehlen wäre nur ein allgemeiner Erlaß an die Träger der Sozialversicherung auf dem Verwaltungswege, der auf die Notwendigkeit des Zusammenschlusses mit den übrigen Organisationen hinweist und den Trägern der Sozialversicherung empfiehlt, sich zum Zwecke der Vorbeugung in weitestgehendem Umfange an den verschiedenen Einrichtungen der öffentlichen und der ergänzenden privaten Fürsorge zu beteiligen und auch eigene Vertreter in die Verwaltungsausschüsse und Beiräte dieser Fürsorgeeinrichtungen zu delegieren. Gerade hierdurch könnte ein fruchtbringenderes Zusammenarbeiten als bisher herbeigeführt werden.

Was die erste Hilfe bei Unglücksfällen anbetrifft, so sei in den Städten im allgemeinen teils durch rein städtische Einrichtungen, teils durch die Einrichtungen des Roten Kreuzes und des Arbeiter-Samariterbundes in hinreichender Weise gesorgt,

Digitized by Google

doch wäre es jedenfalls als ein Fortschritt zu begrüßen, wenn die von den Berufsgenossenschaften geschaffenen besonderen Einrichtungen der vielfachen Anregung entsprechend auf breitere Grundlage gestellt und auch für Nichtbetriebsunfälle nutzbar gemacht werden würde. Dies sei, soweit dem Städtetag bekannt, noch nirgends geschehen. Nahezulegen wäre den Berufsgenossenschaften sowohl als auch den Krankenkassen, mit den örtlichen Sanitätskolonnen vom Roten Kreuz und dem Arbeiter-Samariterbund nach Möglichkeit Fühlung zu halten und sich gegenseitig über die Abgrenzung ihres Tätigkeitsgebiets zu verständigen, damit unnütze Doppelarbeit vermieden wird. Insbesondere wäre das von Bedeutung bei den verschiedenen Kursen zur Samariterausbildung.

Hinsichtlich der Ausnützung der in den Krankenhäusern und Heilanstalten vorhandenen Betten sei so ziemlich erreicht, was erreicht werden könne. Schwieriger liege es dagegen wohl bei den Spezialanstalten, deren Bereich sich über größere Bezirke erstreckt. Um den nötigen Überblick für die Anbahnung engerer Beziehungen zu erhalten, erscheine dem Städtetag eine Erhebung über die verschiedenen Spezialanstalten nach Lage, Zweck, Aufnahmemöglichkeit und Höhe der Verpflegungskosten erwägenswert. Daran hätten sich in kürzeren Zwischenräumen Zusammenstellungen über die freien Betten anzuschließen, um den verschiedenen Fürsorgeverpflichteten Gelegenheit zu geben, Aufnahmebedürftige dort gegebenenfalls unterzubringen.

An die Errichtung neuer Anstalten sei nach den Ansichten des Städtetages bei den heutigen Baukosten nicht zu denken. Der Abbau der derzeitigen Teuerungsverhältnisse sei auch nicht abzusehen. Dieser Umstand werde nach Ansicht des Städtetages schon von selbst zum gemeinsamen Vorgehen nötigen, ohne daß es deswegen besonderer gesetzgeberischer Maßnahmen bedürfte. Alles in allem glaubt der Städtetag, daß ein Eingreifen des Gesetzgebers auf diesem stark von lokalen Verhältnissen abhängigen und noch sehr in der Entwicklung stehendem Gebiete nicht befürwortet werden könne, sondern daß die Weiterentwicklung einstweilen besser der freiwilligen Vereinbarung und gegenseitiger Verständigung überlassen bleiben solle, wobei auf dem Aufsichtswege nur allgemeine Anregungen zu geben wären und im Bedarfsfalle auch nachhelfend eingegriffen werden müßte. —

Kleeis bemängelt, daß diese Stellungnahme der großen Bedeutung der Frage nicht gerecht werde. Mit allgemeinen Anregungen im Aufsichtswege werde wenig erreicht. Auch der Erlaß des Reichsarbeitsministers gehe nicht weit genug, weil die geplanten Arbeitsgemeinschaften nur die Träger der Reichsversicherung, nicht auch die Träger der Wohlfahrtspflege überhaupt umfassen sollen. Um das zu erreichen, dürfe man nötigenfalls auch vor zwangsweisem Zusammenschluß nicht zurückschrecken. (Über diesen umstrittenen Punkt verweisen wir auf die Anmerkung in ArbVers. 1920 S. 296 und anderseits Brunn daselbst S. 404.) Als Gegenstand gemeinsamer, dringend der Lösung bedürftiger Aufgaben, die der vereinheitlichten gemeindlichen Wohlfahrtspflege in Zusammenarbeit besonders mit den Krankenkassen zufallen müßten, führt Kleeis unter näherer Begründung an: Arbeitsvermittlung, Erwerbslosenfürsorge, Wohnungsfürsorge, Schulzahnpflege, Fürsorgestellenwesen, Volkskücheneinrichtungen, Ambulatorien, Beobachtungsstationen.

Durch den Friedensvertrag bedingte Änderungen in der Sozialversicherung unter besonderer Berücksichtigung der Unfallversicherung*).

Mit dem 10. Januar 1920 ist zwischen dem Deutschen Reich und den ratifizierenden „alliierten und assoziierten" feindlichen Hauptmächten und Mächten, zu denen außer England, Frankreich, Italien auch Japan, Belgien, Polen und die Tschecho-Slowakei gehören, der Friedensvertrag von Versailles in Kraft getreten. Damit sind Teile alten deutschen Landes verloren gegangen. Elsaß-Lothringen, der größte Teil der preußischen Provinzen Posen und Westpreußen, kleinere Teile der Provinzen Ostpreußen, Schlesien, Schleswig-Holstein und Rheinland sind vom Deutschen Reiche abgetrennt worden. Durch diesen Verlust ist gleichzeitig der Geltungsbereich der deutschen Sozialversicherung eingeengt worden, denn mit dem Tage des Waffenstillstandes, dem 11. November 1918, ist Elsaß-Lothringen unter die französische Staatshoheit getreten, und mit dem 10. Januar 1920, dem Tage des Friedensschlusses, ist die Staatshoheit über die sonst abgetretenen Gebiete an die im Vertrage bezeichneten Mächte übergegangen. Der 10. Januar 1920 ist gleichzeitig für die Berechnung aller im Vertrage vorgesehenen Fristen maßgebend (Art. 440 Abs. 7 des Friedensvertrages, vgl. Bekanntmachung d. Reichsarbeitsministers v. 25. 5. 20, RGBl. S. 1081 über Auslegung der Begriffe Friedensschluß und Kriegsende auf dem Gebiete der Arbeiter- und Angestellten-Versicherung). Soweit nach dem Friedensvertrag Abstimmung festgesetzt ist, regelt sich der Übergang der Staatshoheit nach dem Ausfall und der Zeit der Abstimmung. So hat Dänemark am 15. Juni 1920 die Staatshoheit über die nördliche Zone von Schleswig erhalten.

Mit den vorgenannten Tagen haben die deutschen Versicherungsträger und Versicherungsbehörden ihre Tätigkeit in den abgetretenen Gebieten einstellen müssen, indessen sind mit den fremden und den nicht mehr zum deutschen Reichsgebiete gehörenden Ländern Abmachungen getroffen worden, die teils den Übergang erleichtern, teils den Fortbestand der deutschen Sozialversicherung gewährleisten sollen. Im einzelnen ist darüber folgendes zu bemerken:

Zwischen deutschen und französischen und deutschen und belgischen Bevollmächtigten haben im Jahre 1920 in Baden-Baden und Kehl bzw. Aachen Verhandlungen stattgefunden, die gemäß Art. 77, 312 des Friedensvertrages die Regelung der Übertragung von Vermögensanteilen der Versicherungsträger, die Übertragung „der zur Fortführung der sozialen Versicherung angesammelten Reserven" zum Gegenstande hatten. Im Juli 1920 sind mit Belgien und im August 1920 mit Frankreich Abmachungen getroffen worden, die sich aber nicht nur auf die Übertragung der Reserven, sondern auf alle Einzelheiten innerhalb der vier Versicherungszweige beziehen, deren Regelung erwünscht erschien. Die Abkommen sind noch den Volksvertretungen vorzulegen und zu ratifizieren. Bereits vor Abschluß der Verhandlungen mit der französischen Regierung sind die Berufsgenossenschaften aufgefordert worden, Urkunden und Aktenstücke, die sich auf ihre Betriebe in Elsaß-Lothringen und die dort wohnenden Entschädigungsberechtigten beziehen, zusammenzustellen und zur Ablieferung bereitzuhalten. Soweit die französische Regierung in Betracht kommt, ist es

*) Aus den von Mitgliedern des Reichsversicherungsamts herausgegebenen „Monatsblättern für Arbeiterversicherung" (1921 Heft 3/4).

Digitized by Google

nach den letzten Nachrichten wieder zweifelhaft geworden, ob eine Ratifikation der Vereinbarungen erfolgen wird. Jedenfalls ist zunächst erst noch ein internationaler Ausschuß gemäß Art. 312 Abs. 4 des Friedensvertrages eingesetzt worden, der mit weiteren Beratungen über das Abkommen in Genf betraut worden ist.

Mit Polen sind entsprechende Verhandlungen, die vom Reichsarbeitsministerium geführt wurden, im April 1920 aufgenommen, aber noch nicht zum Abschluß gebracht worden. Als Grundlage hat das Reichsversicherungsamt zwei von verschiedenen Gesichtspunkten ausgehende Entwürfe eines Abkommens dem Reichsarbeitsministerium vorgelegt.

In dem an Dänemark abgetretenen Teile Nordschleswigs werden die Renten an die im abgetretenen Gebiete wohnenden Berechtigten von Dänemark gezahlt. Auch mit Dänemark sind gemäß Art. 312 des Friedensvertrages Vereinbarungen über die Übertragung von Vermögensanteilen der Versicherungsträger zu treffen, zu denen bereits Vorverhandlungen eingeleitet sind.

Nach einer Verordnung der Regierung der Tschechoslowakischen Republik vom 4. Mai 1920 ist die Unfallversicherung aller Arbeiter und Betriebsbeamten vom 1. Januar 1920 ab der Arbeiter-Unfallversicherungsanstalt für Mähren und Schlesien in Brünn übertragen worden. Hierzu gehören auch diejenigen Versicherten, die in dem von Deutschland abgetretenen Gebietsteil, dem sogenannten Hultschiner Ländchen, wohnen. Die Arbeiter-Unfallversicherungsanstalt zahlt den Verletzten, die am 1. Mai 1920 ihren dauernden Wohnsitz in dem abgetretenen Gebiete haben, die von deutschen Versicherungsträgern bis zum 31. Dezember 1919 rechtskräftig zugesprochenen Renten. Verhandlungen über das gemäß Art. 312 des Friedensvertrages zu schließende Abkommen sind noch nicht eingeleitet.

Im Memelgebiete haben die meisten deutschen Versicherungsträger auch nach seiner Abtrennung vom Deutschen Reiche die Unfallversicherung wie bisher fortgeführt, und dieser Zustand soll demnächst durch ein vorläufiges Abkommen zwischen beiden Staaten gesetzlich geregelt werden. Dabei ist die förmliche Anerkennung des vom Memelgebiet bereits errichteten eigenen Oberversicherungsamts als Versicherungsbehörde vorgesehen. Ebenso ist die Gründung einer eigenen landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft vom Memelgebiet erfolgt. Verhandlungen gemäß Art. 312 des Friedensvertrages stehen noch aus.

Nach dem Ausscheiden des Danziger Gebiets aus dem Deutschen Reiche, das sich mit der Ratifikation des Friedensvertrages vollzog, stellte ein Teil der Berufsgenossenschaften die Rentenzahlung nach diesem Gebiet ein und lehnte auch die Entschädigung von Unfällen, die sich nach diesem Zeitpunkt dort ereigneten, ab. Im Reichsarbeitsministerium fanden infolgedessen im Juni 1920 Verhandlungen statt, in deren Verlauf der Staatsrat der neuen Freien Stadt Danzig die bindende Erklärung in Aussicht stellte, daß er alle Entschädigungsfeststellungen der deutschen Berufsgenossenschaften für den neuen Staat als verbindlich anerkenne und die Durchführung der Bestimmungen der Berufsgenossenschaften hinsichtlich der Unfallversicherung, insbesondere auch die Einziehung der Umlagebeiträge gewährleisten wolle. Infolgedessen zahlen die Berufsgenossenschaften die Renten auch nach dem Danziger Gebiet vorläufig weiter und entschädigen auch Unfälle, die sich dort nach dem Ausscheiden des Danziger Gebiets aus dem Deutschen Reich ereignet haben. Zur Zeit wird mit der Danziger Regierung über ein Abkommen verhandelt, wonach die deutsche Sozialversicherung durch die deutschen Versicherungsträger im Danziger Gebiet fortgeführt werden soll.

Im allgemeinen können die Versicherungsträger mit Rücksicht auf § 615 Abs. 1 Nr. 3 RVO. nicht genötigt werden, über den Tag des Überganges der Staatshoheit hinaus Renten in die abgetretenen Gebiete zu zahlen. Nachdem ein Teil der Berufsgenossenschaften dazu übergegangen war, demgemäß für Elsaß-Lothringen die Rentenzahlungen einzustellen, hat der Verband der deutschen Berufsgenossenschaften durch Rundschreiben vom 15. Juni 1920 den ihm zugehörigen Berufsgenossenschaften im Einverständnis mit dem Reichsversicherungsamt empfohlen, die Einstellung der Rentenzahlungen nach Elsaß-Lothringen mit Rücksicht auf das in Vorbereitung befindliche deutsch-französische Abkommen gemäß Art. 77 des Friedensvertrages vorläufig nicht vorzunehmen. Dagegen sind die Rentenzahlungen nach Polen eingestellt worden, da alle mit diesem Staat gemäß Art. 312 des Friedensvertrages geführten Verhandlungen bisher nicht vorwärts gekommen sind.

Es darf erhofft werden, daß mit einzelnen fremden Ländern in nächster Zeit alle Fragen grundsätzlich durch gegenseitige Vereinbarungen geregelt werden und daß in den aus dem Deutschen Reiche ausgeschiedenen Gebietsteilen die deutsche Sozialversicherung, wenn auch abgeändert, fortgeführt wird.

Von der Zerrüttung unserer Volksgesundheit durch die französische Besatzung

handelt ein Aufsatz in der „Hamburger Wochenschrift für Ärzte usw." Nr. 18 S. 146). Er knüpft an an einen älteren Artikel über „Mulattisierung und Syphilisierung" im besetzten Gebiet, mit der schmerzlichen Schlußbemerkung: „Was nützt alle unsere Volksgesundheitspflege, wenn auf diese Weise unser Volk verseucht wird und sich keine Hand gegen diese Schmach erhebt."

Seitdem — so heißt es weiter — ist die Sache nicht besser geworden. Die gequälten Bewohner dürfen sich nicht öffentlich beschweren, um sich nicht noch ärgeren Bedrohungen und Beleidigungen auszusetzen. Man stelle sich nur vor, daß in Wiesbaden eine Mutter mit ihrer erwachsenen Tochter ohne männlichen Schutz nicht auf die Straße gehen mag, weil sie nicht sicher davor ist, daß ein breitgrinsender, geiler Marokkaner in französischer Uniform ihr entgegenkommt und ihrer Tochter mit seinen schmutzigen Tatzen streichelnd über die Backen fährt. Oder daß eine Majorsgattin, die ihren Gatten im Felde verloren hat, gezwungen wird, einem französischen Offizier den letzten Teil ihrer Wohnung und ihrer Mobilien zur Verfügung zu stellen, daß dieser dann schleunigst seine Konkubine nachkommen läßt und nun von der Offizierswitwe verlangt, sie solle diesem Weib nicht allein die Zimmer reinigen und die Betten machen, sondern auch auf Klingelzeichen am Tage und in der Nacht das Nachtgeschirr ausgießen, und im Falle der Weigerung droht, sie sofort aussetzen zu lassen. Und niemand steht ihr bei! Und viel Schlimmeres geschieht jeden Tag und erst recht im Dunkel der Nacht auf heimlichen Wegen . . .

Wie ist es möglich, daß nicht jedem das Blut hochsteigt und das Herz bis in die Kehle zu schlagen anfängt, wenn er von diesen Angriffen wüster, wollüstiger Afrikaner auf unsere deutschen Mädchen und

Digitized by Google

Knaben liest?! Wie ist es möglich, daß man gegenüber solchen Schandtaten unsere deutschen Soldaten, Brüder von unserem Fleisch und Blut und unserer eigenen Empfindung, mit dem Vorwurf belastet, sie hätten es gerade so damals in Frankreich und Belgien getrieben?! Da möchte beinahe der Augenblick gekommen sein, wo die Liebe zum eigenen Volk ihren Knacks bekommt, wo der bange Zweifel auftaucht, ob die Seele unseres Volkes wirklich so total vergiftet ist, daß sie in ihrer Betäubung nicht mehr Gutes und Schlechtes, Schamloses und Ehrbares, Treue und Bosheit unterscheiden kann. Aber wir wollen nicht verzweifeln!

Wir müssen daran festhalten, daß im deutschen Volk in allen seinen Schichten nur das eine Gefühl herrscht: hier wird der weißen Rasse und vor allen uns Deutschen von den Franzosen in der verruchtesten Weise Gewalt angetan. Mit abgefeimter Bosheit wird unser Blut und damit unser Denken und Sinnen vergiftet von einem Feind, der für alle Zukunft die besten Säfte und edelsten Kräfte unseres Volkes zerstören will! Wir dürfen die paar Schmutzfinken, die sich darin gefallen, im Dreck zu wühlen und die edelsten Gefühle in den Staub zu ziehen, nicht mitzählen. Solche Kerle hat es immer gegeben und wird es immer geben; diese feige Sorte wagte früher nur nicht den Mund so aufzutun und öffentlich ihre bodenlose Gemeinheit an den Tag zu geben. Augenblicklich meinen sie sich alles erlauben zu können, weil der brave Deutsche zu langsam zum Zorn ist und sich arg lange besinnt, wie er sich auf solche Anwürfe benehmen soll. Langsam ballt er die Faust in der Tasche; er fragt sich innerlich zum ersten, zum zweiten und zum dritten Male: Was meint der Kerl eigentlich? Dann ist er allmählich in Siedehitze geraten und schlägt zu, daß kein Gras mehr wächst, wo er hinhaut. So kennen wir uns Deutsche. So wissen wir unsere Schwäche und haben doch immer noch lieb unsere deutsche, schwerbewegliche, träumende, bedachtsame, besinnliche und endlich in heller, herrlicher Glut aufwallende Volksseele.

Der Geist lebt in uns allen!

Dieser Geist wird solche Äußerungen nicht mehr lange ertragen. Er muß sich erst recht gegen die Franzosen Luft machen, einstweilen nur in Resolutionen und abermaligen Resolutionen, bis die Welt der weißen Rassen davon widerhallt, bis das weiße Gewissen allerorten im Angesicht solcher Schmach nicht mehr ruhig wird und den Erfindern und Vertretern der widernatürlichen Unzucht die angenommene Maske der Ritterlichkeit und Bravheit vom Gesicht reißt und sie an den Pranger stellt. Es wird ja noch mal der Tag kommen, wo ihnen noch ganz anders ihr Sündenregister in die Seele geschrieben werden wird! . . .

Zur Lage der Heilstätten der Versicherungsträger in Berlin.

Am 18. Dezember 1920 hatte der Reichstag die Regierung um einen Gesetzentwurf ersucht, durch den der Notlage der Landesversicherungsanstalten abgeholfen wird; das Gesetz sollte spätestens am 1. Juli 1921 in Kraft treten können. Dem Vernehmen nach sind die Vorarbeiten noch nicht so weit vorgeschritten, daß mit der Einhaltung des Termins gerechnet werden kann. Die finanzielle Lage der Landesversicherungsanstalten hat sich inzwischen weiter verschlechtert, sie sind gezwungen, die vorbeugenden Maßnahmen für die Versicherten erheblich einzuschränken. Insbesondere wird die Landesversicherungsanstalt Berlin wegen Mangels an Mitteln gezwungen sein, die großen Arbeiterheilstätten in Beelitz ganz oder zum erheblichen Teil zu schließen. Der demokratische Abgeordnete Dr. Pachnicke hat eine kleine Anfrage an den Reichskanzler gerichtet und angefragt, was er zu tun gedenkt, um diese, die Interessen der Versicherten schwer bedrohenden Maßnahmen zu verhüten. Weiter fragt Pachnicke an, ob der Reichskanzler, falls die Verabschiedung der Vorlage nicht bis zum 1. Juli erfolgen kann, ein Notgesetz veranlassen kann, Inhalts dessen die Versicherungsanstalten ermächtigt werden, mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde für die Durchführung des vorbeugenden Heilverfahrens Zuschläge zu den gesetzlichen Beiträgen zu erheben.

Die Gefahr der völligen Schließung oder wesentlichen Einschränkung des Betriebes droht leider, angesichts der beständig steigenden Betriebsunkosten, auch anderen Heilstätten oder Krankenhäusern, während andererseits die Ausbreitung mancher Krankheiten (Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten usw.) eine steigende Nachfrage nach Unterkunft in Anstalten bewirkt. Unter solchen Umständen ist folgende Mitteilung erfreulich: Die bekannten bisherigen Nervenheilanstalten der Herren Geheimrat Fränkel und Oliven in Lankwitz sind zunächst pachtweise an den Verband der Krankenkassen im Bezirk des Oberversicherungsamts Groß-Berlin übergegangen. Das große, weitausgedehnte Terrain ist günstig gelegen, vom Teltow-Kanal, von der Eisenbahn und von zwei Straßen begrenzt und zur Aufnahme von 500 Kranken eingerichtet. Das ganze Areal umfaßt 49 Morgen, auf dem sich weitausgedehnte Garten- und Parkanlagen befinden, außerdem auch noch Landwirtschaft betrieben wird. Sieben leitende und zehn Assistenzärzte versorgen den ärztlichen Dienst. Den Wirtschaftsbetrieb versehen Rote-Kreuz-Schwestern. Die an den Verband angeschlossenen Krankenkassen hegen die Hoffnung, daß durch die getroffene Neueinrichtung der in Berlin herrschende Bettenmangel wesentlich verringert und die Kranken besser und zweckentsprechender untergebracht werden. Aufgenommen werden Kranke aller Art mit Ausnahme von Geisteskranken.

Zur versicherungsrechtlichen Stellung von Geldzählerinnen und Aushilfskassierern

hat sich das Oberversicherungsamt Berlin in einer gemäß § 1799 (§ 1693) RVO. zur grundsätzlichen Entscheidung an das Reichsversicherungsamt abgegebenen Sache wie folgt geäußert:

Im vorliegenden Falle handelt es sich um die Entscheidung der Frage, ob die Geldzählerinnen und Aushilfskassendiener wie Betriebsbeamte und Werkmeister zu den anderen Angestellten in ähnlich gehobener Stellung (§ 165 Abs. 1 Ziff. 2 RVO.) zu rechnen sind. Das Oberversicherungsamt glaubt dies ebenso wie das Versicherungsamt verneinen zu müssen. Aufgabe der genannten Angestellten ist es, das Papiergeld, das von Banken usw. an das Büro R., die Arbeitgeberin der Angestellten, eingeschickt wird, zu sortieren, zu zählen und auf Fälschungen hin zu prüfen. Wenn auch zugegeben werden muß, daß die Arbeitsleistung durch den gesteigerten Papiergeldverkehr und die vielerlei Papiergeldsorten sowie durch die häufigeren und schwerer erkennbaren Fälschungen eine größere geworden ist und die ganze Aufmerksamkeit der Angestellten in Anspruch nimmt, so unterscheidet sich diese Tätigkeit von ihrer als versicherungspflichtig anerkannten früheren Tätigkeit (vor dem 1. Okto-

Digitized by Google

ber 1919) nicht wesentlich. Die Prüfung der Scheine geschieht in derselben Weise wie früher, lediglich unter Beobachtung einiger bei fast allen gefälschten Scheinen wiederkehrender Merkmale bezüglich des Papiers, der Farbe und der Zeichnung, die vom Eingearbeiteten ohne besondere Mühe festgestellt werden können. Irgendwelche Hilfsmittel wie Lupen usw. werden dabei nicht verwendet. Es kann daher darin eine höhere Tätigkeit nicht erblickt werden. Aber auch sonst sind Voraussetzungen, die diese Angestellten als solche in gehobener Stellung erscheinen lassen würden, nicht erfüllt. Ihre Tätigkeit ist zwar eine verantwortungsvolle, zumal sie für jeden Schaden haftbar gemacht werden; solche Verantwortung haben aber auch andere Angestellte, die mit Geld zu tun haben, zu tragen, ohne daß dadurch ihre Stellung verändert wird. Auch die Einreihung in die Vergütungsgruppe II des Tarifs kann hierfür nicht herangezogen werden. Denn in dieser sind neben Angestellten in gehobener Stellung auch solche aufgeführt, die unzweifelhaft und wie auch das RVA. schon entschieden hat, nicht zu den ersteren gerechnet werden können, z. B. wie Angestellte im Buchhaltereidienst mit einfacherer Tätigkeit. Zu berücksichtigen ist auch, daß die Geldzählerinnen dem Abteilungsgeldzähler unterstehen, von ihm die tägliche Arbeit zugewiesen bekommen, an ihn die erledigte Arbeit wieder abliefern und seinen Anordnungen und Weisungen Folge leisten müssen. Auch das spricht dagegen, daß sie sich in einer gehobenen Stellung befinden.

Nach alledem sind die Geldzählerinnen und Aushilfskassendiener als Gehilfen im Sinne des § 165 Abs. 1 Ziff. 1 der Reichsversicherungsordnung und ohne Rücksicht auf die Höhe des verdienten Entgelts als krankenversicherungspflichtig anzusehen. Mit Rücksicht aber darauf, daß die Entscheidung in dieser Sache für die R. zweifellos von grundsätzlicher Bedeutung ist und das RVA. über die Versicherungspflicht der Geldzählerinnen und Hilfskassendiener bisher noch nicht entschieden hat, es sich somit um eine Gesetzesauslegung handelt, schienen die Voraussetzungen der §§ 1693, 1799 der Reichsversicherungsordnung gegeben.

Gewerkschaftsbund der Beamten und Angestellten der Reichssozialversicherung.

Zu einem solchen Bunde haben sich in Leipzig am 18. April die schon bisher in eigenen Verbänden organisierten Beamten der deutschen Landesversicherungsanstalten, der Krankenkassen, der Reichsunfallversicherung und der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte zusammengeschlossen.

Vorher hatten die Vertreter des Verbandes der Landesversicherungsbeamten bei einer Tagung in Breslau am 14. und 15. April im großen Sitzungssaal der Landesversicherungsanstalt Schlesien eine Anzahl Entschließungen gefaßt, von denen die folgenden allgemeine Bedeutung haben:

1. Der Vertretertag des Verbandes der Landesversicherungsbeamten Deutschlands ist einmütig der Ansicht, daß nur der vom Deutschen Beamtenbunde gemeinsam mit dem Allgemeinen Deutschen Gewerkschaftsbunde aufgestellte Entwurf zum Beamtenrätegesetz die Forderungen der gesamten Beamtenschaft voll befriedigen kann.

2. Es ist nötig, daß für alle Beamten aller Behörden des Reiches, der Staaten und der Kommunalverbände eine einheitliche, höchstens siebenstündige Arbeitszeit eingeführt wird.

3. Der Vertretertag hält nach wie vor an der unveränderten Erhaltung des Beamtencharakters der Beamten der Landesversicherungsanstalten fest.

Grundsteinlegung für das neue Dienstgebäude der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte.

Neben den wichtigen Fragen der Verschmelzung der Angestelltenversicherung mit der Invalidenversicherung und der in jedem Falle gebotenen eingreifenden Reform der Angestelltenversicherung hat lange Zeit nicht nur die unmittelbar Beteiligten, sondern weite Kreise darüber hinaus eine minder wichtige, aber doch sehr bedeutsame Frage beschäftigt: der Plan einer Verlegung des Dienstgebäudes der Versicherungsanstalt von Berlin nach einer anderen Stadt im Reiche. Wir haben darüber im Jahrgang 1920 S. 695 ff. berichtet. Jetzt dürfte die Frage im Sinne des Verbleibens der Versicherungsanstalt in Berlin erledigt sein. Im Beisein der Mitglieder des Direktoriums, des Verwaltungsrats und der Vertretungen der Beamtenschaft fand am 14. April in schlichter Weise die Grundsteinlegung für das Dienstgebäude der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte am Fehrbelliner Platz (Berlin-Wilmersdorf) statt. Der Bau, der auf rund 28 Millionen veranschlagt ist, soll noch in diesem Jahre im Rohbau fertiggestellt werden.

Beantwortung von Anfragen.

Rechtsauskünfte aus unserem Arbeitsgebiet erteilen wir den Beziehern unserer Zeitschrift bereitwillig, ohne indessen eine Verpflichtung oder eine zivilrechtliche Haftung zu übernehmen. Für schriftliche Auskunft wird Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten, und zwar auch dann, wenn nur Bescheid durch die Zeitschrift erbeten, die Sache aber zur Veröffentlichung an dieser Stelle nach unserem Ermessen nicht geeignet ist.

a) **Anwendung des § 192 Ziff. 2 RVO. auf die an kommunistischen Unruhen Beteiligten.**
b) **Beschränkung der Mehrleistung an Familienwochenhilfe.**

1. Nach L. Antwort: a) Die Versicherten, die bei den jüngsten Unruhen der zur Aufrechterhaltung der Ordnung und zur Abwehr von Angriffen einschreitenden Sicherheitspolizeimacht bewaffneten Widerstand entgegensetzten, handelten rechtswidrig und beteiligten sich schuldhaft an „Raufhändeln" im Sinne des § 192 Ziff. 2 RVO., der unseres Erachtens nicht voraussetzt, daß auch von der anderen Seite — also von der Polizei — eine widerrechtliche Tätigkeit entfaltet wurde (zu vgl. über diese Frage: Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 7a zu § 192). Das Krankengeld wird den bei diesen Händeln verwundeten Versicherten also mit Recht versagt.

b) Der Anspruch auf Familienwochenhilfe nach § 205a Abs. 2 Satz 1 RVO. gehört zu den gesetzlich

Digitized by Google

vorgeschriebenen, also zu den Regelleistungen der Kasse. Der Anspruch auf diese umfaßt, soweit es sich um laufende Leistungen handelt, wie das Wochengeld, auch die erst nach dem Ausscheiden aus der Mitgliedschaft fällig werdenden Beträge, wenn nur der Versicherungsfall — die Niederkunft — vor dem Ausscheiden eingetreten ist. Wenn Ihre Satzung bestimmt, daß der Anspruch auf Familienhilfe mit der Mitgliedschaft erlischt, so darf dies nur auf die Mehrleistungen, im vorliegenden Falle also auf den Mehrbetrag an Wochengeld (§ 205a Abs. 2 Satz 2) bezogen werden. Daß eine solche Beschränkung zulässig ist, kann nicht zweifelhaft sein (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 3a zu § 179).

Zur versicherungsrechtlichen Stellung der Büroangestellten.

2. **Nach Darmstadt.** Antwort: Es ist kein innerer Widerspruch in sich, daß Büro- und Kanzleigehilfen zwar der Invalidenversicherung ohne Rücksicht auf die Höhe ihres Jahresarbeitsverdienstes unterliegen, dagegen als angestelltenversicherungspflichtig nur dann angesehen werden, wenn ihr Jahresarbeitsverdienst die Grenze von gegenwärtig 15 000 ℳ nicht übersteigt. Sondern diese Verschiedenheit beruht auf einer gewollten Abweichung des § 1 Abs. 1 Ziff. 2 AngestVersGes. vom § 1226 RVO. Es handelt sich um Personen, die als Angestellte keine „gehobene" Stellung einnehmen und daher zwar als Gehilfen nach § 1226 Abs. 1 Ziff. 1 RVO. schlechthin versicherungspflichtig sind, nach § 1 AngestVersGes. aber, der die „Gehilfen" überhaupt nicht erwähnt, der Versicherungspflicht nicht unterliegen würden, wenn man die gleiche Fassung des Gesetzes beibehalten hätte, wie im § 1226 RVO. Zu diesen Personen gehören namentlich die mittleren Bürobeamten bei Behörden, öffentlichen Körperschaften, privaten Verwaltungen, Anwälten, Notaren usw. Man hat für angezeigt gehalten, diese Personen hinsichtlich der Angestelltenversicherung den Angestellten in gehobener Stellung gleichzustellen und mußte sie daher, abweichend von § 1226 Abs. 1 Ziff. 2 RVO., besonders erwähnen, wie es im § 1 Abs. 1 Ziff. 2 AngestVersGes. geschehen ist.

Voraussetzung für die Schwangerschaftsbeihilfe.

3. **Nach Blankenese.** Frage: Nach § 195a Ziff. 3 der RVO. wird Wöchnerinnen eine Beihilfe bis zum Betrage von 25 ℳ für Hebammendienste „und" ärztliche Behandlung bei Schwangerschaftsbeschwerden gewährt. Wir haben in zwei Fällen an Wöchnerinnen für Hebammendienste bei Schwangerschaftsbeschwerden Beihilfen gewährt. Da es sich um Familienhilfe handelt, haben wir diese Beträge zur Erstattung dem Versicherungsamt in Rechnung gestellt. Dieses will die gezahlten Beträge zur Erstattung nicht anweisen, weil nach seiner Ansicht die Beihilfen nur für Hebammendienste bei gleichzeitiger ärztlicher Behandlung zu zahlen sind, nicht aber, wenn nur Hebammendienste erforderlich gewesen sind. Ist das richtig?

Antwort: Die Auffassung des Vers.-Amts ist sachlich nicht gerechtfertigt. Die Zusicherung einer Beihilfe durch § 195a Ziff. 3 RVO. soll die Wöchnerin veranlassen, bei Schwangerschaftsbeschwerden sachgemäße Hilfe in Anspruch zu nehmen, um einer Schädigung ihrer selbst und des künftigen Kindes vorzubeugen. Wenn dazu die Dienste einer Hebamme offenbar genügen, so erscheint es unangebracht, auch noch einen Arzt hinzuzuziehen. Hierzu würden sich die Wöchnerinnen aber eher veranlaßt sehen, wenn die Ansicht des Vers.-Amts zuträfe. Zu dieser nötigt aber auch der Wortlaut der Vorschrift keineswegs; er läßt vielmehr die dem Zwecke des Gesetzes entsprechende Auslegung zu, daß die Beihilfe gewährt wird, wenn eine der beiden Voraussetzungen erfüllt ist, also nur die Hilfe einer Hebamme oder die eines Arztes erforderlich wird. Die Ansicht des Vers.-Amts würde folgerichtig zu dem Schlusse führen, daß ärztliche Behandlung allein die Beihilfe gleichfalls nicht rechtfertigte, daß vielmehr auch die Dienste einer Hebamme in Anspruch genommen worden sein müßten — ein Ergebnis, das sinnwidrig erscheint.

Einzahlung der Beiträge auf ein Bankkonto der Kasse.

4. **Nach L.** Frage: Unsere Kassensatzung besagt, daß die Kassenbeiträge monatlich im Kassenlokale einzuzahlen sind. Der Vorstand hat jedoch beschlossen, daß die Beiträge durch Scheck an eine hiesige Gewerbebank-Genoss. m. b. H. einzuzahlen sind. Dieser Beschluß wurde jedem Arbeitgeber schriftlich mitgeteilt. Ist er laut den Bestimmungen unserer Satzung sowie laut § 26 RVO. gesetzlich zulässig? Wir meinen nein.

Antwort: Ihre Auffassung ist irrig. Der § 26 RVO. hat mit der Frage gar nichts zu tun, da er die Anlegung von Kassenvermögen, nicht die Einzahlung laufender Beiträge betrifft. Der Vorstandsbeschluß hat allerdings, gegenüber der Satzungsbestimmung, nicht die Bedeutung, daß er die Arbeitgeber hindern könnte, die Beiträge im Kassenlokal einzuzahlen; aber unzulässig ist der Beschluß, im Sinne eines Ersuchens an die Arbeitgeber, nicht. Er entspricht vielmehr wiederholten behördlichen Empfehlungen, die auf Einschränkung des Bargeldverkehrs bei den Krankenkassen gerichtet sind (ArbVers. 1914 S. 306, 1917 S. 86), und über die Zweckmäßigkeit der Maßnahme ist gar nicht zu streiten (zu vgl. ArbVers. 1916 S. 116, 208) — vorausgesetzt natürlich, daß gegen die Sicherheit der Bank keine begründeten Bedenken bestehen.

Bezugsdauer für das Versorgungskrankengeld.

5. **Nach Hamborn.** Antwort: Ob das Versorgungskrankengeld (§ 12 RVG.) über die 26. Woche, gegebenenfalls über die nach § 187 RVO. verlängerte satzungsmäßige Bezugsdauer hinaus zu gewähren ist, erscheint sehr zweifelhaft. Die Fassung des § 12 Abs. 1 RVG. spricht gegen die Weitergewährung; denn sie besagt, daß der Beschädigte (bei ambulanter Heilbehandlung und bei Hauspflege), wenn keine der im § 8 Abs. 3 genannten Kassen zur Zahlung verpflichtet ist, Krankengeld nur erhält, „soweit dieses nach Gesetz oder Satzung von der zur Leistung der Heilbehandlung verpflichteten Krankenkasse ihm als versicherungspflichtigem Mitglied zu zahlen wäre". Dadurch erscheint die Bezugsdauer für das Krankengeld auf die gesetz- oder satzungsmäßige Dauer der versicherungsrechtlichen Leistungspflicht (§§ 183, 187, 188) beschränkt, wie dies z. B. auch Seelmann (Anm. 3 zu § 12) annimmt. Aus § 8 Abs. 4 Satz 2 RVG. kann Gegenteiliges nicht hergeleitet werden; denn dort sind nur die versicherungsrechtlichen Vorschriften über die Begrenzung der Behandlungsdauer für unwirksam erklärt. Anderseits aber ist die Bedeutung des Wortes „soweit" im § 12 Abs. 1 nicht zweifelsfrei. Sonderhoff hat hier (1920 S. 686)

Digitized by Google

aus dem Zusammenhange des Abs. 1 mit Abs. 2 des § 12 hergeleitet, daß der mit „soweit" eingeleitete Nebensatz des Abs. 1 sich nur auf die „Bedingungen" für den Anspruch auf Krankengeld, nicht aber auf die Normen beziehe, die den Anspruch „grundsätzlich negieren", insbesondere also nicht auf die ihn zeitlich beschränkenden §§ 183, 188 RVO. Hiermit stimmt im Ergebnis Ziff. 5 der AusfBest. zu § 55 RVG. überein, wonach die Zahlung des Krankengeldes (unabhängig von RVO. und Kassensatzung) erst endet, wenn die Heilbehandlung abgeschlossen ist (oder eine Voraussetzung des Bezugs wegfällt). Dieser Auffassung wird die Praxis wohl folgen müssen, solange sie nicht durch höchstrichterliche Rechtsprechung widerlegt ist.

a) **Ersatz des Versorgungshausgeldes.** b) **Anspruch auf Hausgeld (§ 186 RVO.) bei Fortzahlung des Gehalts.**

6. **Nach Ludwigshafen a. Rh.** Frage: a) In der Auskunft im Heft 9 S. 178 Ziff. 8 ist der Fall nicht berücksichtigt, daß seitens des Versorgungsamts dem Mitglied eine Heilstätten- oder Badekur gewährt wird. In diesem Falle entscheidet über die Gewährung des Hausgeldes das Versorgungsamt (Ausführungsbestimmung 5 zu § 13 RVG.). Ein Mitglied, das sich auf Veranlassung des Versorgungsamts einer Bade- oder Heilstättenkur unterzieht, hat satzungsmäßigen Anspruch auf Bezahlung von Krankengeld. Dieses ist auf das nach der Entscheidung des Versorgungsamts etwa zu zahlende Hausgeld anzurechnen. Die Frage ist, ob auch in diesem Falle gemäß § 14 seitens des Reichs ¾ des satzungsmäßigen Krankengeldes ersetzt werden, insofern als die Kosten der Heilanstaltspflege ja von der Kasse nicht getragen werden. Unseres Erachtens müßte für das von der Kasse auf Veranlassung des Versorgungsamts verauslagte Hausgeld gemäß § 14 Ersatz geleistet werden in einer Höhe, die sich zu ¾ des satzungsmäßigen Krankengeldes verhält, wie der Betrag des gemäß § 13 zu zahlenden Hausgeldes zu den Gesamtaufwendungen für Hausgeld und Heilstättenpflege. Ist die satzungsmäßige Unterstützungsdauer abgelaufen, so ist unseres Erachtens von der Kasse lediglich das vom Versorgungsamt aufgegebene Hausgeld zu zahlen, wofür nach § 15 RVG. in vollem Umfange Ersatz zu leisten ist.

b) Nach Anmerkung 1 zu § 186 RVO. im Kommentar von Hahn steht dem Anspruch auf Hausgeld die Tatsache nicht entgegen, daß das Gehalt weitergezahlt wird. Handelt es sich also um Monatsgehaltsempfänger, die dem § 63 des Handelsgesetzbuchs unterstehen, so erhält der im Krankenhaus untergebrachte Versicherte nicht nur dort freie Verpflegung, die er bisher von seinem Gehalt bestreiten mußte, sondern unter den weiteren Voraussetzungen des § 186 dazu sowohl sein volles Gehalt als auch das Hausgeld. Dies widerspricht unserer Auffassung nach durchaus dem Grundsatz, wonach das Hausgeld wirtschaftliche Nachteile, die durch Krankenhausbehandlung des Ernährers entstehen, ausgleichen soll. Praktisch drückt sich die Unbilligkeit dieser Auffassung vor allem auch darin aus, daß der Arbeiter, dessen Lohnempfang im Augenblick der Erkrankung endet, trotz gleicher Leistungen im Ergebnis wesentlich schlechter gestellt ist. Nach unserer Erfahrung wird diese Unbilligkeit von seiten der Lohnarbeiter auch wiederholt ins Feld geführt, so daß der Arbeitgeber in Erkenntnis der Unbilligkeit der Verhältnisse vor die Frage gestellt ist, ob er durch Zuschüsse zum Hausgeld einen Ausgleich schaffen kann und soll. Die Frage sollte daher unseres Erachtens einmal einer erneuten Prüfung unterzogen werden.

Antwort: a) Wir sind anderer Meinung. Während einer Badekur kann nach § 13 Abs. 4 RVG. Hausgeld nach Abs. 1 gewährt werden. Ob es gewährt wird, darüber entscheidet das Versorgungsamt nach pflichtmäßigem Ermessen unter Ausschluß des Spruchverfahrens (Ausf. Best. Ziff. 5 zu § 13). Ein Anspruch gegen die Krankenkasse auf Hausgeld nach der RVO. (§ 186) besteht in solchem Falle nicht (zu vgl. Hahn in ArbVers. 1910 S. 163, 164). Wenn also das Versorgungsamt neben der Badekur Hausgeld bewilligt, so ist die Krankenkasse nur nach den Vorschriften des RVG. zur Zahlung verpflichtet, so daß § 15 zutrifft, wonach ihr voller Ersatz dafür zu gewähren ist. Daß dies um so mehr zutrifft, wenn die satzungsmäßige Unterstützungsdauer abgelaufen ist (letzter Satz der Anfrage zu a) ist selbstverständlich.

b) Auch hier können wir Ihrer Auffassung nicht beitreten. Rechtlich liegt die Frage hinsichtlich des Hausgeldes nicht anders als bei dem Krankengelde. Es fehlt an einer gesetzlichen Ermächtigung es zu versagen, weil der Versicherte von anderer Seite, nämlich durch Fortbezug seines Gehalts oder Lohns, in den Stand gesetzt ist, für seine Angehörigen in gleicher Weise zu sorgen, wie wenn er nicht arbeitsunfähig wäre. Die Billigkeitserwägungen, die Sie geltend machen, können nur für den Gesetzgeber in Betracht kommen.

Vorgängige Versicherung als Voraussetzung des Anspruchs eines Erwerbslosen nach § 214 RVO.

7. **Nach Dieburg.** Antwort: Die Voraussetzung des § 214 RVO., daß der erwerbslos Ausgeschiedene unmittelbar vorher mindestens sechs Wochen versichert war, ist nicht gegeben. Denn dies Erfordernis bedeutet, daß eine ununterbrochene Versicherung von mindestens sechs Wochen unmittelbar vorangegangen sein muß. Geringfügige Unterbrechungen, wie sie beim Übergange von einem Beschäftigungsverhältnis zu einem andern unvermeidlich sind, dürfen dabei allerdings außer Betracht bleiben. Im vorliegenden Fall aber lagen zwischen der Lösung des einen und dem Beginn des anderen Beschäftigungsverhältnisses drei Werktage. Eine solche Unterbrechung kann nicht mehr als unerheblich gelten (zu vgl. Entsch. des sächs. Landesversicherungsamts in ArbVers. 1917 S. 610). Sie wird auch nicht überbrückt dadurch, daß die Beiträge für volle Wochen gezahlt wurden. Denn dadurch wurde, weil die Pflichtversicherung nur durch eine geeignete Beschäftigung, nicht durch die Beitragsleistung begründet wird, die Versicherung nicht auf die beschäftigungsfreien Tage mit erstreckt. Sonach ist ein Anspruch aus § 214 nicht begründet, da die andere Voraussetzung, daß der Versicherte in den 12 Monaten vor seinem Ausscheiden mindestens 26 Wochen versichert gewesen wäre, unstreitig nicht erfüllt ist.

Gebühren des Kreisarztes für ein dem Armenverband erstattetes Gutachten.

8. **Nach Bremerhaven.** Antwort: Die Erstattung eines Gutachtens für den Armenverband gehört nicht zu den amtlichen Verrichtungen, die der Kreisarzt in Preußen in seiner Eigenschaft als staatlicher Gesundheitsbeamter zu erledigen hat, sondern sie ist ein Akt vertrauensärztlicher Tätigkeit, zu der der Kreisarzt durch Ersuchen des Armenverbandes berufen wird. Für seine Gebühren ist daher

Digitized by Google

nicht das Gesetz betr. die Gebühren der Medizinalbeamten v. 14. 7. 09, sondern die Geb. Ordg. für Ärzte v. 1. 9. 20 maßgebend, auf Grund deren § 2 nur der Mindestsatz der Taxe vom Armenverbande zu zahlen ist. — Ob die Krankenkasse diesen Betrag dem Armenverbande zu erstatten hat, können wir nicht beurteilen, da das Sachverhältnis, auf Grund dessen eine Ersatzpflicht der Kasse gegenüber dem Armenverband überhaupt in Frage kommt, in Ihrer Anfrage nicht dargelegt ist. — Ebenso ist Ihre Sachdarstellung in der Unfallversicherungssache so unzureichend, daß eine Beurteilung des Falles von hier aus unmöglich ist.

Pflicht zur Fortzahlung der Beiträge (§ 397 Abs. 1 RVO.) nach dem Tode des Arbeitgebers?

9. **Nach Köln.** Frage: Eine Arbeitgeberin beschäftigte eine Stundenfrau. Am 3. 8. 20 ist die Arbeitgeberin verstorben. Ein Verwandter oder Bekannter war mit der Abwicklung der Geschäfte betraut und zahlte auch die Krankenkassenbeiträge für das III. Quartal, ohne jedoch geprüft zu haben für wen. Die Zahlung der Beiträge für das IV. Quartal wurde verweigert und der Mahnzettel am 16. 3. 21 mit dem Bemerken zurückgegeben, daß die Arbeitgeberin am 3. 8. 20 verstorben sei. Die Arbeitnehmerin hat nur bis zum Todestage der Arbeitgeberin gearbeitet. Die Krankenkasse betrachtete das Schreiben vom 16. 3. 21 als Eingang der Abmeldung. Bis zu welchem Tage ist die Kasse berechtigt, Beiträge zu erheben und von wem? War der mit der Abwicklung der Geschäfte Betraute zur Abmeldung verpflichtet?

Antwort: Mit dem Tode der Arbeitgeberin erlosch das Beschäftigungsverhältnis und folglich die ordentliche Beitragspflicht. Die Zahlung von Verzugsbeiträgen aus § 397 Abs. 1 RVO. bis zur vorschriftsmäßigen Abmeldung kann gleichfalls nicht in Frage kommen, weil es an einer zur Abmeldung verpflichteten Person fehlt. Die Meldepflicht geht auf den Erben des Arbeitgebers nicht über, wenn er nicht in das Beschäftigungsverhältnis eintritt. Deshalb kann auch der mit der Abwicklung des Geschäfts Betraute, der doch nur in Vertretung der Erben handeln konnte, nicht als zur Fortzahlung der Beiträge verpflichtet angesehen werden.

Versicherungspflicht von Kindern eines Hausgewerbetreibenden.

10. **Nach Neustadt (Coburg).** Antwort: Die Versicherungspflicht der beiden Kinder des Hausgewerbetreibenden nach Maßgabe der dortigen Ortssatzung hängt lediglich davon ab, ob sie tatsächlich als „Werkstattarbeiter" ihres Vaters an dessen hausgewerblicher Tätigkeit teilgenommen haben. Durch die bloße Anmeldung der beiden Kinder bei der Kasse wurde ein Versicherungsverhältnis nicht begründet; aber die Tatsache, daß der Vater sie angemeldet hat, ist doch ein gewichtiger Beweisgrund für die Annahme, daß sie auch wirklich beschäftigt worden sind. Wenn der Vater dies jetzt bestreitet und die Kinder wieder abgemeldet hat, nachdem ihm die Beitragsrechnung zur Begleichung vorgelegt worden war, und wenn die Kasse außerstande ist, den Sachverhalt durch Beweiserhebungen aufzuklären, so wird sie sich auf die Anmeldung zwar nicht als einen die Versicherung begründenden Umstand, wohl aber als ein Beweismittel für die Mitarbeit der Kinder berufen dürfen, welches so lange Geltung beanspruchen kann, als seine Richtigkeit nicht widerlegt wird. Gelänge dem Vater diese Widerlegung, so würde er zwar von der Beitragspflicht frei sein, aber er würde, weil er schuldhaft einen Irrtum der Kasse veranlaßt hat, ihr den dadurch entstandenen Schaden ersetzen müssen, der darin besteht, daß die Kasse für die beiden als Mitglieder angesehenen Kinder ein höheres Kopfpauschale an die Kassenärzte zahlen mußte.

Anstellung eines in Ruhestand getretenen Staatsbeamten bei einer Krankenkasse.

11. **Nach Rüdesheim.** Antwort: Selbstverständlich steht nichts entgegen, daß die Krankenkasse einen in Ruhestand getretenen, aber wieder arbeitsfähigen Staatsbeamten als Kassenführer anstellt und ihm die in der Dienstordnung vorgesehenen Bezüge bewilligt und voll auszahlt. Eine gesetzliche Vorschrift, nach der auf diese Bezüge das Ruhegehalt, das die Staatskasse zahlt, anzurechnen wäre, besteht nicht.

Familienwochenhilfe für die im Hultschiner Ländchen (Tschecho-Slowakei) wohnenden Wöchnerinnen.

12. **Nach Gleiwitz.** Antwort: Die deutschen Reichsangehörigen, die ihren Wohnsitz in dem nach dem Friedensvertrage der Tschecho-Slowakei zuerkannten Hultschiner Ländchen haben, haben mit der Ratifikation des Vertrages, also mit dem 10. 1. 1920, die deutsche Staatsangehörigkeit verloren und die tschecho-slowakische erworben (Art. 84 des Friedensvertrages). Sie gelten daher als Ausländer, solange sie nicht von dem ihnen bis zum 10. 1. 22 zustehenden Rechte der Rückoption für Deutschland (Art. 85) Gebrauch gemacht haben (zu vgl. hinsichtlich der ähnlichen Rechtslage der deutschen Reichsangehörigen in den an Polen abgetretenen Gebieten: ArbVers. 1920 S. 700, 1921 S. 70). Der Anspruch auf Familienwochenhilfe steht überdies selbst den Wöchnerinnen deutscher Reichsangehörigkeit nur dann zu, wenn sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben (§ 205a Abs. 1 Ziff. 1 RVO.). Daß das Hultschiner Ländchen nicht mehr zum Inland gehört, ist nach dem Friedensvertrag ohne weiteres klar. Die dort wohnenden Kassenmitglieder würden daher, selbst wenn sie für Deutschland optierten, keinen Anspruch auf Familienwochenhilfe haben, solange sie nicht auch ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland nehmen. Die Satzung kann aber nach § 205a Abs. 5 mit Zustimmung des Oberversicherungsamts bestimmen, wieweit von der Voraussetzung des Abs. 1 Ziff. 1 abzusehen ist. Hiervon sollte billigerweise gerade zugunsten der in den abgetretenen Gebieten Wohnenden Gebrauch gemacht werden. Dies kann auch mit rückwirkender Kraft geschehen (zu vgl. Hoffmann in ArbVers. 1920 S. 442 II), etwa in folgender Form: „Die Voraussetzung des § 205a Abs. 1 Ziff. 1 (beziehungsweise der entsprechenden Satzungsbestimmung) gilt nicht für Wöchnerinnen, die in den an die Tschecho-Slowakei abgetretenen Gebieten (oder: Teilen des Kassenbezirks) ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben. Diese Änderung der Satzung tritt mit Rückwirkung auf den 10. 1. 20 in Kraft."

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Str. 12.
Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., in Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. OberReg.Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

Heft 1318 der ganzen Folge.

38. Jahrgang | 1. Juni 1921 | Heft 16

Die Aufrechnung im Reichsversicherungsrecht.

Von Stadtrat H. von Frankenberg in Braunschweig.

Die wirtschaftliche Bedeutung der Ansprüche auf Leistungen aus der Sozialversicherung bringt es mit sich, daß sie so gut als möglich gegen Beeinträchtigungen geschützt werden müssen. Dazu gehört nicht nur die Vereinfachung und die volkstümliche Gestaltung des Rechtsmittelverfahrens unter Zuziehung von Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber, sondern auch die Ausschaltung von nachteiligen Einflüssen, die sich der Geltendmachung entgegenstellen könnten. Von diesem Gesichtspunkt aus betrachtet, würde es nicht zu billigen sein, wenn man schrankenlos die Aufrechnung gegen alle versicherungsrechtlichen Forderungen zulassen wollte: eine verständige Einschränkung ist durchaus geboten, und die RVO. hat diesem Grundsatze Rechnung getragen, obwohl manche Vorschrift zweifelhaft und deutungsfähig erscheint.

An und für sich ist die Aufrechnung das natürlichste und nächstliegende Mittel zum Ausgleich von Forderungen gegeneinander, und wie man im Tauschhandel der Völker Ware gegen Ware von jeher hingab, so entspricht es auch dem ursprünglichsten Rechtsbewußtsein, wenn ein Anspruch durch das Gegenüberstellen einer gleichartigen Forderung getilgt wird. Man darf aber nicht übersehen, daß es sich bei den Leistungen an die Versicherten und ihre Angehörigen um Bezüge ganz besonderer Art handelt, die von der Gesetzgebung mit Absicht nach den verschiedensten Richtungen hin gesichert sind. Zwingt man die hiernach Berechtigten, es sich gefallen zu lassen, daß ihr Anspruch durch jede beliebige Gegenforderung in gleicher Höhe aufgehoben wird, so wirft man die ausdrücklich herausgehobenen Versicherungsforderungen, die den Beteiligten einen Rückhalt für die Zeiten der Not und Bedrängnis geben sollten, und gewöhnliche, allgemeinrechtliche Ansprüche durcheinander und gefährdet den Zweck der sozialpolitischen Fürsorgegesetze auf das empfindlichste. Um diesen Fehler zu vermeiden, hätte man zu dem durchgreifenden Mittel greifen können, die Aufrechnung gegen Ansprüche der Versicherten und ihrer Familie schlechthin auszuschließen. Damit würde man aber über das Ziel beträchtlich hinaus geschossen haben, denn es läßt sich nicht leugnen, daß es solche Gegenforderungen gibt, deren Eigentümlichkeit ebenfalls starken Schutz erheischt und die Begünstigung der Aufrechnung wünschenswert macht. Wenn auch Gleichartigkeit im engeren Sinne nur ausnahmsweise besteht (z. B. bei Rückforderung zu Unrecht empfangenen Krankengeldes von einem später ernstlich Erkrankenden), so ist doch nicht selten ein enger Zusammenhang für die Gegenforderung aus dem Versicherungsverhältnis begründet, und es ist deshalb erklärlich, daß die RVO. bestrebt gewesen ist, dieser Beziehung sich nach Möglichkeit anzupassen. Man hatte dabei die

Digitized by Google

Wahl, ob man im allgemeinen Abschnitt (1. Buch) die Aufrechnungsfrage einheitlich für die Kranken-, die Unfall- und die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung behandeln oder ob man bei jedem der drei Versicherungszweige getrennt die Regelung vornehmen wollte. Da man in § 119 RVO. die Fälle aufgezählt hat, in denen die Übertragung, Verpfändung oder Pfändung der Ansprüche Berechtigter mit rechtlicher Wirkung zugelassen ist, und da § 394 des BGB. die Aufrechnung unpfändbarer Forderungen allgemein verbietet, so lag es offenbar nahe, hiermit auch die Begrenzung für aufzurechnende Forderungen zu verbinden, wie dies in dem Sonderfalle des § 1325 RVO. für Witwengeld und Waisenaussteuer geschehen ist. Daß man diese äußerlich am einfachsten scheinende Lösung nicht bevorzugte, deutet darauf hin, daß triftige Gründe dagegen sprechen, und wir gehen wohl kaum fehl, wenn wir annehmen, daß es für zweckmäßiger gehalten wurde, bei jedem Sondergebiete die Richtlinien zu ziehen, um die Übersichtlichkeit nicht durch die verschiedenen Anordnungen und durch zahlreiche Verweisungen zu gefährden.

So ergibt sich für unsere Erörterung die Notwendigkeit, denselben Weg einzuschlagen und nacheinander die drei Arten der Versicherung darauf zu prüfen, inwieweit gegen Ansprüche der Berechtigten auf Leistungen aus der Versicherung Aufrechnung gestattet ist. Nur so viel mag vorausgeschickt werden, daß der wirtschaftliche Erfolg der Aufrechnung, die Vernichtung der Forderung bis zu der Höhe des Gegenanspruches, außer in den Fällen des § 119 RVO. auch nicht auf dem Umwege der Übertragung, Verpfändung oder Pfändung erreicht werden darf. Es ist also den Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Versicherungsanstalten verwehrt, einen Vorschuß, den der Berechtigte nicht auf seine Ansprüche vor Anweisung der Leistungen (z. B. einer Unfallrente) vom Arbeitgeber oder von einem Organe (Sektion) des Versicherungsträgers oder einem seiner Mitglieder, sondern aus anderem Rechtsgrunde erhalten hat, zum Anlaß für eine solche Zession oder Beschlagnahme zu benutzen. Nach derselben Vorschrift und nach § 850 Abs. 4 der Zivilprozeßordnung ist die Pfändung für Unterhaltsbeiträge selbst bei Verwandten, Ehegatten, früheren Ehegatten und außerehelichen Vätern stark eingeschränkt, wenn es sich um die länger als ein Vierteljahr vor Erhebung der Klage zurückliegenden Zeiträume handelt. Den Gemeinde- und Armenverbänden ist es nicht gestattet, über den Rahmen ihrer gesetzlich in §§ 1531 ff. RVO. eng begrenzten Ersatzansprüche hinaus aus Leistungen der Reichsversicherung Deckung zu suchen; dasselbe gilt von Arbeitgebern und Kassen, die an ihre Stelle getreten sind. Endlich ist der Zugriff der Versicherungsträger im Wege der Übertragung, Verpfändung und Pfändung auf die Deckung solcher rückständigen Beiträge beschränkt, die nicht seit länger als drei Monaten fällig sind; was außerhalb des letzten Vierteljahres liegt, ist dieser Möglichkeit entrückt. Nur der Vollständigkeit halber sei erwähnt, daß ausnahmsweise der Berechtigte auch in anderen Fällen den Anspruch mit Genehmigung des Versicherungsamtes ganz oder zum Teil auf andere übertragen darf. Da die Genehmigung nur im wohlverstandenen Nutzen des Versicherten erteilt werden soll, so ist schwerlich eine nennenswerte Erweiterung des Aufrechnungsrechtes daraus abzuleiten.

Wenden wir uns nun den einzelnen Versicherungszweigen zu, so ist im Bereiche der Krankenversicherung § 223 Abs. 2 und 3 RVO. maßgebend. Die Ansprüche des Berechtigten dürfen danach nur aufgerechnet werden auf Ersatzforderungen für Beträge, die der Berechtigte im Wege des Schadensersatzes (§ 1542 RVO) oder aus der reichsgesetzlichen Unfallversicherung bezog, aber an die Krankenkasse zu erstatten hat, ferner auf geschuldete Beiträge, gezahlte Vorschüsse, zu Unrecht gezahlte Kassenleistungen, auf Kosten des Verfahrens, die der Berechtigte zu erstatten hat, und auf Geldstrafen, welche die Kassenleitung verhängt hat; Ansprüche

Digitized by Google

auf Krankengeld dürfen nur bis zur Hälfte aufgerechnet werden.

Betrachten wir die verschiedenen hier aufgeführten Fälle, so geht die Bezugnahme auf § 1542 RVO. von dem richtigen Grundgedanken aus, daß eine zwiefache Leistung wegen desselben wirtschaftlichen Nachteils den Versicherten nicht zukommen und deshalb im Wege der Aufrechnung ausgeglichen werden soll. Die nach der RVO. Versicherten müssen es sich gefallen lassen, daß ein ihnen oder ihren Hinterbliebenen nach anderen gesetzlichen Vorschriften (BGB., Haftpflichtgesetz, R. Gew. Ordnung usw.) zustehender Anspruch auf Schadenersatz, der ihnen durch Krankheit, Unfall, Invalidität oder Tod des Ernährers entstanden ist, auf die Träger der Versicherung insoweit übergeht, als sie den Entschädigungsberechtigten nach der RVO. Leistungen zu gewähren haben. Bei den gegen Unfall Versicherten und ihren Hinterbliebenen gilt dieser Übergang aber nicht betreffs des Anspruchs gegen den Betriebsunternehmer oder die ihm nach § 899 RVO. Gleichgestellten (Bevollmächtigte, Repräsentanten, Betriebs- und Arbeiteraufseher); bei dieser Gruppe ist nach § 903 daselbst im Falle eines vorsätzlich oder eines fahrlässig mit Außerachtlassung der Amts-, Berufs- oder Gewerbspflicht durch Unaufmerksamkeit herbeigeführten Urteils eine weitergehende Haftung vorgeschrieben. Für das Maß des Ersatzes der Kranken- und Krankenhauspflege sowie der Krankenbehandlung und Heilanstaltspflege ist § 1503 a. a. O. entsprechend anwendbar. Wenn also ein Versicherter oder jemand seiner Hinterbliebenen schon von einem dritten Ersatzpflichtigen sich Beträge hat zahlen lassen, die der für ihn eingetretenen Krankenkasse zur Deckung ihrer Aufwendungen in dem Schadensfalle zukommen, oder wenn die Berufsgenossenschaft bereits Raten- oder Abschlagszahlungen darauf für die Zeit des Krankengeldbezuges geleistet hat, so würde dem Berechtigten ein doppelter Ersatz zufließen, sobald die Krankenkasse nun auch ihrerseits voll leisten müßte. Mit dem papiernen Rückforderungsrecht wäre ihr herzlich wenig gedient, weil die Vollstreckung offenbar in den meisten Fällen wegen des Mangels an pfändbaren Sachen nicht zum Erfolge führen würde. So ist man auf den gängigen Ausweg gelangt, der Ersatzforderung gegen den Berechtigten die Eigenschaft der Aufrechnungsfähigkeit zu verleihen, und im Streitverfahren vor dem Versicherungs-, Ober- und Reichsversicherungsamt ist über die Zulässigkeit der Aufrechnung zu entscheiden. Damit aber keine willkürliche Benachteiligung des Berechtigten oder eine Beiseitsetzung der Zuständigkeit der ordentlichen Gerichte über Schadensersatz- und Haftpflichtansprüche begünstigt wird, nimmt die herrschende Meinung an, daß die Ersatzforderung der Krankenkasse im Streitverfahren nur dann zur Aufrechnung geeignet ist und zugelassen werden darf, wenn sie entweder von dem ordentlichen Gericht festgestellt oder von dem Berechtigten der Krankenkasse gegenüber anerkannt ist (vgl. Amtl. Nachr. des RVA. 1910 S. 653 Z. 1519).

Bei der Gegenüberstellung der geschuldeten Beiträge hat man, abweichend von der Regelung für die Übertragung, Verpfändung oder Pfändung (§ 119 Nr. 4 RVO.), sich nicht auf die im letzten Vierteljahre fällig gewordenen Beiträge beschränkt, sondern ganz allgemein die Aufrechnungsmöglichkeit zugestanden. Hiervon werden in erster Reihe nicht die versicherungspflichtigen Arbeiter und Angestellten, sondern die freiwillig versicherten Arbeitgeber, Hausgewerbtreibenden und Unternehmer sowie die nach § 313 RVO. freiwillig fortversicherten Personen betroffen, soweit ihnen Stundung gewährt oder die Beitragszahlung sonst befristet ist, denn der in einem Beschäftigungsverhältnis Stehende haftet bekanntlich der Krankenkasse nicht selbst für die auf ihn entfallenden Beiträge, sondern er muß sich nach §§ 394 bis 396 RVO. seinen Anteil regelmäßig vom Barlohn abziehen lassen, und der Arbeitgeber ist der Kasse zur vollen Einzahlung verpflichtet. Ausnahmen hiervon bestehen zugunsten der unständig Be-

Digitized by Google

schäftigten, die nach § 450 Abs. 4 RVO. ihren Beitragsteil (§ 381 Abs. 1 das.) selbst einzuzahlen haben. Außerdem kann nach § 398 RVO. auf Antrag einer Orts-, Land- oder Innungskrankenkasse sowie auf Antrag von Mitgliedern der Organe einer Betriebskrankenkasse das Versicherungsamt (Beschlußkammer) widerruflich anordnen, daß Arbeitgeber, die mit der Abführung der Beiträge rückständig sind und sich in einem Zwangsbeitreibungsverfahren als zahlungsunfähig erwiesen haben, nur ihren Beitragsteil einzahlen; es haben die von ihnen beschäftigten Versicherungspflichtigen dann ihren Beitragsteil an den Zahltagen *selbst* einzuzahlen, und sie sind durch dauernden Aushang der Anordnung an der Arbeitsstätte und bei jeder Lohnzahlung darauf hinzuweisen, daß ihnen die Einzahlung ihres eigenen Beitragsteils obliegt. In diesen Fällen der unständigen Beschäftigung und der Tätigkeit bei zahlungsunfähigen Arbeitgebern entspricht es durchaus der folgerichtigen Überweisung der Pflicht zur Beitragszahlung an die Beschäftigten, wenn man ihre eigenen Beitragsrückstände ebenso wie bei den freiwilligen Kassenmitgliedern zur Aufrechnung mit Kassenleistungen benutzt. Wollte man dagegen auch bei anderen Versicherten ähnlich verfahren, so würde nicht nur ein rechtlich unbegründetes Vorgehen in Gestalt der Einrede aus der Person und Verpflichtung eines Dritten (des verpflichteten Arbeitgebers) vorliegen, sondern man beginge wirtschaftlich einen Verstoß, indem man den Versicherten nochmals eine Last aufbürdete, die sie regelmäßig schon einmal in Form des Lohnabzuges getragen haben, soweit ihr Beitragsteil in Frage steht. Nicht mit der Aufrechnung zu verwechseln ist die *Kürzung* oder *Einbehaltung* des Krankengeldes gegenüber solchen unständig Beschäftigten und Hausgewerbetreibenden, die mit der Zahlung ihrer Beiträge im Rückstande sind; hier handelt es sich nach §§ 452, 483 RVO. um eine Gegenmaßregel durchgreifendster Art, wobei im ersteren Falle nur Zahlungssäumnis für mehr als acht Wochrn innerhalb des letzten Halbjahres in Betracht kommt.

Daß *gezahlte Vorschüsse* eine Anwartschaft auf Berücksichtigung haben, ist durchaus zu billigen. Selbstverständlich müssen die Stelle, auf deren Rechnung die Vorschußzahlung erfolgte, und die zur Erfüllung einer Kassenleistung verpflichtete Stelle übereinstimmen, weil sonst eine unzulässige Übertragung („Schiebung") vorläge. Dies gilt vor allen Dingen im Bereiche der Betriebskrankenkassen, deren enge Verbindung mit dem Lohnbureau des Betriebsinhabers leicht zu dem Gedanken einer Vermischung und einer Verwischung des Unterschiedes zwischen der Firma und der Kasse führen könnte. Mit Recht hat der badische Verwaltungsgerichtshof in einer Entscheidung vom 17. Februar 1909 (bei Reger, Entsch. Bd. 29 S. 58) es im allgemeinen für unzulässig erklärt, seitens der Betriebskrankenkasse gegen deren Krankengeldverpflichtungen die Bereicherung aufzurechnen, die dem Arbeiter dadurch zugeflossen ist, daß ihm der Betriebsinhaber seinen Lohn unverkürzt und ohne Abzug des Beitragsanteils auszahlen ließ. Der Begriff des „gezahlten Vorschusses" kann im übrigen zweifelhaft sein, und es ist nicht gleichgültig, ob wir es mit einem Vorschuß oder mit einer eigentlichen, zeitlich vorausgenommenen Zahlung zu tun haben, denn durch den Schlußsatz des § 223 (Abs. 3) RVO. ist bei Krankengeldansprüchen *nur bis zu ihrer Hälfte* die Aufrechnung erlaubt. Wenn also eine frühere Leistung der Krankenkasse wirklich als „Vorschuß" zu betrachten sein sollte, so kann sie auf spätere Krankengeldbeträge jeweilig nur bis zu deren halber Höhe umgerechnet werden, auch auf die Gefahr hin, daß die Krankenkasse schließlich, wenn der Bezug aufhört, zu kurz kommt und keine Deckung mehr findet. Es stände schlimm um die Geneigtheit wohlwollender Kassenverwaltungen, wenn man diesen Grundsatz auf die Spitze treiben und eine *verfrühte Zahlung* des Krankengeldes als „Vorschuß" behandeln wollte. Wenn am Sonnabend das Krankengeld satzungsmäßig fällig ist, aber auf drin-

Digitized by Google

gendes Bitten des mittellosen Kranken und seiner Familie schon am Mittwoch für die drei ersten Wochentage die Zahlung geleistet wurde, so tut man dem Gesetze keine Gewalt dadurch an, daß man die Vorausschiebung der Fälligkeit als ein zweckmäßiges Zugeständnis ansieht, unter dem die Kasse nicht leiden darf. Es wäre widersinnig, von ihr an dem eigentlichen Zahltage, dem Sonnabend, zu verlangen, daß sie eine etwa drei Tage vorher in entgegenkommender Weise geleistete volle Zahlung des wöchentlichen Krankengeldes nur zur Hälfte berücksichtigen und die andere Hälfte des Krankengeldes noch einmal auszahlen müßte, mit der unsicheren Aussicht, erst eine Woche später die zweite Hälfte aufzurechnen. Von einem Vorschuß im Gegensatze zu einer verfrühten Zahlung wird nur die Rede sein können, wenn der Umfang und die zeitliche Abmessung der Verpflichtung der Krankenkasse noch im Ungewissen lagen, wenn also eine wirtschaftliche Beihilfe gewährt wurde, von der man nicht zu sagen vermochte, für welchen Zeitabschnitt sie bemessen sei, bei der vielmehr eine allgemeine Rücksicht auf die Notlage maßgebend war.

Die Aufrechnung zu Unrecht gezahlter Kassenleistungen gibt der Kassenverwaltung dagegen einen sehr ausgiebigen Spielraum, und wenn man bedenkt, daß dabei auf weit in der Vergangenheit liegende Zeiten zurückgegriffen werden kann, so möchte man fast behaupten, daß hier des Guten zugunsten der Krankenkassen etwas viel geschehen sei. Mindestens hätte man die zweijährige Verjährung, die in § 223 Abs. 1 RVO. für Ansprüche auf Kassenleistungen vorgesehen ist, auch auf die Rückforderung der zu Unrecht erfolgten Kassenleistungen ausdehnen sollen. Wie jetzt die Rechtslage ist, unterliegt die Rückforderung nicht einer solchen zeitlichen Beschränkung, sie kann also darüber hinaus noch geltend gemacht werden, während der Versicherte seinen Anspruch innerhalb von zwei Jahren nach der Entstehung verliert. Aus welchem Grunde die Kassenleistung zu Unrecht „gezahlt" (richtiger wegen der Sachleistungen, die auch eine Rolle spielen, „erfolgt") ist, bleibt nach dem Gesetze gleichgültig: Rechtsirrtum, tatsächlicher Irrtum, unzutreffende Begutachtung durch einen Arzt, dessen Auffassung (z. B. über die angebliche Arbeitsunfähigkeit) später widerlegt wird, Leistung auf Grund einer nachträglich auf Anfechtung aufgehobenen Entscheidung, falsche Darstellung über ein Beschäftigungsverhältnis, das in Wirklichkeit nicht oder in ganz anderer Weise bestand, Mängel in der Lohnberechnung, die auf die Krankengeldhöhe Einfluß hatten, Versehen der Kassenverwaltung und andere Ursachen spielen dabei eine Rolle. Daß die Zahlung kassenseitig unverschuldet zu Unrecht geschehen sein müsse, sagt die Vorschrift nicht, man darf deshalb dieses Erfordernis nicht aufstellen, und der Möglichkeit der Aufrechnung in derartigen Fällen ist keine Schranke gezogen.

Bei den Kosten des Verfahrens, die der Berechtigte zu erstatten hat, ist zwischen den außergerichtlichen und den gerichtlichen Kosten zu unterscheiden. Nach § 1670 RVO. wird bei dem Spruchverfahren vor dem Versicherungsamt von Amts wegen geprüft, ob und in welchem Betrage die unterlegene Partei dem Gegner seine (außergerichtlichen) Kosten zu erstatten hat (z. B. bare Auslagen, Zeitverlust, Vertretung durch Beauftragte). Das Urteil setzt die Höhe fest. Wenn auch in Abs. 3 des § 1670 bestimmt ist, daß diese Kosten auf Antrag der Partei durch Vermittlung des Versicherungsamts wie Gemeindeabgaben beigetrieben werden, so schließt diese Vorschrift nicht aus, bei Gelegenheit den sichereren Weg der Aufrechnung zu beschreiten, der alsbald zum Ziele führt. Was die gerichtlichen Kosten anlangt, so enthält § 1802 RVO. die Bestimmung, daß die Versicherungsbehörden einem Beteiligten, der durch Mutwillen, Verschleppung oder Irreführung Kosten des Verfahrens verursacht hat, diese ganz oder teilweise auferlegen können, wie dies auch nach § 1634 RVO. durch den Versicherungsträger zulässig ist. Auch bei diesen Kosten, die als

Digitized by Google

„Rückstände" im Sinne des § 28 ebenso wie die Strafen des § 146 RVO. gelten, ist die Beitreibung wie bei Gemeindeabgaben zulässig und die Aufrechnung als der einfachere Weg zu bevorzugen.

Geldstrafen, welche die Kassenleitung verhängt hat, sind ebenfalls aufrechnungsfähig. Sie kommen in Betracht bei Weigerung eines (freiwillig versicherten) Unternehmers oder anderen Arbeitgebers, der die Wahl zu einem Ehrenamte der Krankenkasse ablehnt und vom Vorsitzenden des Vorstandes nach § 18 RVO. mit Geldstrafe bis zu 500 M. bestraft werden kann; ferner bei Pflichtentziehung ehrenamtlicher Vorstandsmitglieder (§ 19 daselbst, Geldstrafe bis zu 50 M., im Wiederholungsfalle bis zu 100 M.); bei Geldstrafen gegen Angestellte nach der Dienstordnung (§ 354 Abs. 5 RVO., zulässig bis zum Betrage eines einmonatigen Diensteinkommens); beim Nichterscheinen unständig Beschäftigter, die von der Kasse zur Feststellung ihrer Versicherungspflicht geladen wurden (§ 445 RVO., statthaft bis zu 10 M. im Einzelfalle). Den Hauptfall für die Möglichkeit der Aufrechnung bildet § 529, wonach der Kassenvorstand gegen einen Versicherten, der die Krankenordnung oder die Anordnungen des behandelnden Arztes übertritt oder die ihm nach § 190 obliegende Mitteilung einer Doppelversicherung unterläßt, Strafen bis zum dreifachen Betrage des täglichen Krankengeldes für jeden Übertretungsfall*) festsetzen kann; gleiche Befugnis hat der Vorstand einer knappschaftlichen Krankenkasse und einer Ersatzkasse gegen ein versicherungspflichtiges (nicht auch gegen ein freiwilliges) Mitglied, das der Krankenordnung oder den Anordnungen des behandelnden Arztes entgegenhandelt. Strafen, die das Versicherungsamt verhängt (z. B. nach § 530 RVO. wegen unterlassener, unrichtiger oder unvollständiger An- oder Abmeldung), stehen nicht gleich und scheiden für die Aufrechnung aus; dasselbe gilt von den polizeilich oder gerichtlich erkannten Strafen (§§ 532 bis 536 RVO.). Dagegen fällt unter die Aufrechnungsbestimmung der zweite Absatz des § 531, wonach die Krankenkasse in Fällen, in denen ein Verstoß gegen die Meldevorschriften vorliegt, neben dem Rechte, unabhängig von der Strafe, die rückständigen Beiträge nachzuholen, dem Bestraften außerdem die Zahlung des Ein- bis Fünffachen der rückständigen Beiträge auferlegen kann.

Die Bestimmung am Schlusse des § 223 RVO., daß Ansprüche auf Krankengeld nur bis zur Hälfte aufgerechnet werden dürfen, ist zweifellos wohlgemeint und beabsichtigt, einen bescheidensten Notbedarf dem Versicherten zu belassen. Sie hindert aber nicht, die Aufrechnung von Woche zu Woche unter Innehaltung dieser Höchstgrenze so lange zu wiederholen, bis der letzte Rest der Kassenforderung getilgt ist.

Ähnlich ist die Regelung im Bereiche der Unfallversicherung, wenn auch manche Abweichung dabei unterläuft. Nach § 622 RVO. dürfen die Ansprüche aus der Unfallversicherung nur aufgerechnet werden auf geschuldete Beiträge, auf Vorschüsse, die aus dem Genossenschaftsvermögen geleistet sind, auf Entschädigungen, die zu Unrecht gezahlt sind, auf Kosten des Verfahrens, die zu erstatten sind, auf Geldstrafen, die der Genossenschaftsvorstand verhängt hat, und auf Ersatzansprüche der Genossenschaft aus den §§ 903, 904 RVO.

Der Begriff der geschuldeten Beiträge ist durch die Entscheidung des RVA. in den AmtlNachr. von 1901 S. 399 Nr. 1863 sehr eng abgegrenzt: es ist danach für unzulässig erklärt, Unternehmerbeiträge, die ein früher selbständiger Arbeiter der Berufsgenossenschaft schuldete, gegen die Rente aufzurechnen, die ihm aus dem gelohnten Dienstverhältnisse nach Eintritt eines Betriebsunfalls zustand. Dagegen hat die Entscheidung Nr. 2355 (AmtlNachr. 1910 S. 421) umgekehrt nichts dagegen eingewendet, als gegen einen rentenbezugsberechtigten frühe-

*) Diese Vorschrift paßt sich sehr zweckmäßig dem Schlußsatz des § 223 RVO. an, die bei Krankengeld immer nur bis zur Hälfte seines Betrages die Aufrechnung duldet. —

Digitized by Google

ren Arbeiter, der jetzt selbstversicherter Unternehmer geworden war, die Berufsgenossenschaft wegen der neuerdings im Rückstande gelassenen Beiträge die Aufrechnung mit seiner Unfallrente vornahm.

Bei den Vorschüssen aus dem Genossenschaftsvermögen kommt es nicht darauf an, ob der frühere Vorschuß sich auf denselben Unfall bezog, für den jetzt die Unfallrente geschuldet und zur Aufrechnung ausersehen ist; auch bei verschiedenen Unfällen ist die Aufrechnung vom Reichsversicherungsamte als statthaft vorgesehen (AmtlNachr. 1904 S. 196 Nr. 2031). Daß nur die Zahlungen der Berufsgenossenschaft, nicht aber auch Leistungen einer Haftpflichtversicherung oder einer ähnlichen Anstalt zu berücksichtigen sind, mit der sich der Arbeitgeber des Versicherten in Verbindung gesetzt hatte, folgt aus Wortlaut und Sinn des Gesetzes (AmtlNachr. 1906 S. 209 Nr. 2133). Die Möglichkeit der Aufrechnung würde sonst ins Uferlose ausgedehnt.

Die zu Unrecht gezahlten Entschädigungen geben nur dann Anlaß zur Aufrechnung, wenn der Empfänger und der Rentenberechtigte ein und dieselbe Persönlichkeit sind. Ein versicherter Sohn braucht sich nicht gefallen zu lassen, daß die Berufsgenossenschaft seine Unfallrente um den Betrag kürzt, den sie von seinem Vater wegen ungerechtfertigter Bereicherung zu fordern hat. Auch darf der Witwe eines Verunglückten, die das Ableben eines ihrer Kinder nicht gemeldet und die Waisenrente für dieses Kind irrtümlich noch kürzere Zeit weiterbezogen hatte, zwar die eigene Witwenrente, nicht aber auch die Waisenrente eines anderen, noch lebenden Kindes um den überhobenen Betrag geschmälert werden (Handbuch der Unfallversicherung Bd. 3 S. 554, Anm. zu § 96 GewerbUnfVersGes.).

Bei der Angehörigenrente nimmt das RVA. einen der Berufsgenossenschaft günstigen Standpunkt ein und erlaubt die Anrechnung auf die Unfallrente des Verletzten selbst und umgekehrt, indem es davon ausgeht, daß es sich bei der Zahlung der Rente an die Angehörigen während der Krankenhauspflege des Verletzten um eine wirtschaftliche Maßregel handle, die dem Verletzten mittelbar zugute komme (AmtlNachr. 1891 S. 399 Nr. 1862; 1896 S. 241 Nr. 1491). In der Tat ist nicht zu verkennen, daß die Angehörigenrente im Unfallrecht eine gewisse Ähnlichkeit mit dem Hausgelde im Krankenversicherungsrecht (§ 186 RVO.) besitzt, von dem das Gesetz ausdrücklich sagt, daß die Zahlung an die Angehörigen erfolgen kann — ein Zeichen dafür, daß der rechtliche Anspruch nicht ihnen, sondern dem Versicherten selbst zusteht.

Für die zu erstattenden Kosten des Verfahrens darf auf §§ 1670, 1802 RVO. und auf die im nächsten Abschnitte dazu gemachten Ausführungen wegen der ähnlichen Regelung im Bereiche der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung verwiesen werden.

Die vom Genossenschaftsvorstande verhängten Geldstrafen ergeben sich aus §§ 908 ff. RVO., sowie aus § 870 RVO. Da nur die vom Versicherungsträger (oder seinem Sektionsvorstande) verfügten Strafen hier Beachtung finden, so scheiden die wegen Verletzung der Unfallverhütungsvorschriften gegen Versicherte nach § 851 zulässigen Geldstrafen bis zu 6 M., die das Versicherungsamt (Beschlußausschuß) festzusetzen hat, aus der Aufrechnung aus. Sie würden aber auch schon deshalb keine Bedeutung dafür haben, weil sie, anders wie sonstige Ordnungsstrafen nach § 146 RVO., nicht in die Genossenschaftskasse, sondern nach § 914 RVO., wenn der Bestrafte zur Zeit der Zuwiderhandlung einer Krankenkasse angehört, in diese fließen, sonst aber der allgemeinen Ortskrankenkasse seines Beschäftigungsortes oder in deren Ermangelung der Landkrankenkasse zuzuführen sind.

Die Ersatzansprüche der Genossenschaft aus §§ 903, 904 RVO. gegen Unternehmer und ihnen nach § 899 gleichgestellte Angestellte, sind bereits im Rahmen des § 223 RVO. erörtert, werden

Digitized by Google

aber naturgemäß für die Berufsgenossenschaft eine größere Bedeutung haben als für die Krankenkassen und fallen besonders gegenüber selbstversicherten Unternehmern, die durch Vorsatz oder Fahrlässigkeit Unfälle herbeigeführt und sich oder andere, oder beide geschädigt haben, sehr ins Gewicht.

Diese Bestimmungen der gewerblichen Unfallversicherung gelten nach § 955 RVO. auch für die landwirtschaftliche Unfallversicherung und nach § 1117 RVO. für die Seeunfallversicherung.

Nicht viel anders ist es mit der Aufrechnung im Gebiete der Invaliden- und Hinterbliebenen-Versicherung bestellt. § 1324 RVO. schreibt vor, daß die Rentenansprüche nur aufgerechnet werden dürfen auf Ersatzforderungen für bezogene Unfallrenten und Entschädigungen, soweit der Versicherungsanstalt ein Anspruch darauf nach § 1522 Abs. 3, § 1542 zusteht, auf geschuldete Beiträge, gezahlte Vorschüsse, zu Unrecht gezahlte Rentenbeträge, auf die zu erstattenden Kosten des Verfahrens und auf die von den Versicherungsanstalten verhängten Geldstrafen.

Daß die Ersatzforderungen für bezogene Unfallrenten hier aufgeführt werden, ergibt sich aus der Vorschrift des § 1522 Abs. 3 RVO., wonach die Versicherungsanstalt bei Zahlung ihrer Rente für eine Zeit, für die der Empfänger einen Anspruch auf Unfallrente hat, als Ersatz die Unfallrente beanspruchen kann, soweit die von ihr gewährte Rente nicht höher ist. Auch hier begrenzen die §§ 1506, 1507 RVO. den Umfang des Ersatzanspruchs und das Maß des Zugriffs auf die Unfallrente. Man rechnet zu den Unfallrenten in diesem Sinne auch besonders rechtliche Ansprüche auf Unfallfürsorge, ferner die ihnen ähnlichen Pensionen und Unterstützungsgehälter des Württembergischen und Badischen Rechts, nicht aber Haftpflicht- oder Militärversorgungsrenten, es sei denn, daß die militärische Dienstbeschädigung durch einen Betriebsunfall hervorgerufen wurde (AmtlNachr. des RVA. 1909 S. 501 Nr. 1419). Hat eine Kapitalabfindung für die Unfallrente stattgefunden, so ist zu ermitteln, welcher Rentenwert der Berechnung der Abfindung zugrunde gelegt wurde (AmtlNachr. des RVA. 1909 S. 423 Nr. 1371).

Als geschuldete Beiträge darf man auch hier, da grundsätzlich der Arbeitgeber der beitragspflichtige Träger der Last ist, nicht die von diesem zu entrichtenden Beiträge dem Versicherten anrechnen, auch nicht zu seinem eigenen halben Anteil, ungeachtet des Umstandes, daß § 1439 RVO. dem Versicherten ausdrücklich die Entrichtung der vollen Beiträge gestattet und den Anspruch auf Erstattung des Anteils des Arbeitgebers einräumt. In erster Reihe wird man neben den Pflichtbeiträgen des Arbeitgebers an die Fälle des § 1229 RVO. denken müssen: der Bundesrat hat demnach die von ihm bisher nur zögernd für wenige Gruppen ausgeübte Befugnis, allgemein oder in einzelnen Bezirken die Versicherungspflicht für bestimmte Berufszweige auf Gewerbetreibende und andere Betriebsunternehmer, die in ihren Betrieben regelmäßig keine oder höchstens einen Versicherungspflichtigen beschäftigen, und auf Hausgewerbetreibende (§ 162) ohne Rücksicht auf die Zahl ihrer hausgewerblich Beschäftigten zu erstrecken. Auch solche Beiträge, die die Versicherungsanstalt vernichten und dem Versicherten erstatten ließ, weil sie irrtümlich annahm, sie seien ungültig, können aufgerechnet werden (Entsch. des RVA. v. 20. Juni 1912, Archiv der Reichsversicherung 1912 S. 162 Nr. 337).

Der Begriff der gezahlten Vorschüsse ist auf diejenigen Beträge beschränkt, die von der Versicherungsanstalt, ehe sie endgültig die Rente anwies, im Hinblick auf die bedrängte Lage der Berechtigten einstweilen gewährt wurden, nur als Abschlagszahlung auf die späteren Versicherungsbezüge zu gelten. Wenn dagegen zu einem bestimmten Zwecke, z. B. zu einer Reise wegen persönlicher Vorstellung, Beobachtung, Aufnahme in eine Anstalt, wegen Erlangung eines ärztlichen Gutachtens, ein Vorschuß zugestanden ist, so können die dabei geleisteten

Digitized by Google

Zahlungen nicht nachträglich auf die Rente angerechnet werden (AmtlNachr. des RVA. 1906 S. 430 Nr. 1261; 1913 S. 557 Nr. 1727).

Unter den zu Unrecht gezahlten Rentenbeträgen sind hier ausschließlich die Beträge von Renten aus der Invaliden- und Hinterbliebenen-Versicherung, nicht auch aus der Unfallversicherung zu verstehen (AmtlNachr. des RVA. 1900 S. 725 Nr. 843). Im übrigen ist zwischen Invaliden-, Alters-, Kranken-, Witwen-, Witwer- und Waisenrenten kein Unterschied gemacht, und die Aufrechnung ist stets zulässig, wenn eine Rente für einen Zeitraum zu Unrecht gewährt wurde, in welchem dem Empfänger die Anwartschaft auf eine andere Rente zustand. Dabei sind die Fälle geschäftlicher Versehen, die Wiederaufhebung eines ungünstigen, zu weit gehenden Urteils, das Ruhen der niedrigeren Rente beim Zusammentreffen mit einer höheren nach § 1318 RVO. nicht ausgeschlossen.

Wegen der zu erstattenden Kosten des Verfahrens darf auf die Ausführungen im Bereiche der Krankenversicherung Bezug genommen werden.

Nur die von den Versicherungsanstalten verhängten Geldstrafen kommen für die Aufrechnung gegen die von ihnen zu leistenden Renten und sonstigen versicherungsrechtlichen Leistungen in Betracht, nicht auch die auf Anordnung des Versicherungsamts (vgl. § 1489 RVO.) oder anderer Stellen zu entrichtenden Strafen, auch dann nicht, wenn sie nach § 146 RVO. in die Kasse der Versicherungsanstalt abzuführen sind.

Formlose Aufrechnung ist nicht gestattet. Sie soll sich regelmäßig, um den Versicherten nicht in seinen Rechten zu verkürzen und ihn sachgemäß zu belehren, in die Form eines berufungsfähigen Bescheides kleiden, so daß im Rechtsmittelverfahren vor dem Ober- und dem Reichsversicherungsamte die Zulässigkeit nachgeprüft werden kann (AmtlNachr. des RVA. 1900 S. 612 Nr. 801; 1904 S. 483 Nr. 1140). Ist aber das Bestehen der Forderung, mit welcher aufgerechnet werden soll, vom Gegner bestritten und nicht von den Versicherungsbehörden zu entscheiden, so bleibt nichts übrig, als entweder bis zur Aburteilung dieses Anspruchs durch die zuständigen ordentlichen Gerichte das Rentenverfahren auszusetzen oder die Aufrechnung zu versagen, weil der Nachweis des Gegenanspruchs nicht geführt ist (Amtl. Nachr. des RVA. 1904 S. 483 Nr. 1140). Eine wohlwollende Regelung bahnt das RVA. in der Verfügung Nr. 1099 (Amtl. Nachr. 1903 S. 601) an, indem es die Deckung überhobener Rentenbeträge aus der laufenden Rente nur unter billiger wirtschaftlicher Schonung des Rentenberechtigten gestattet und ein Hinausgehen über den dritten Teil des Rentenbetrages bei der Einbehaltung verbietet, es sei denn, daß der Empfänger ein weiteres Vorgehen zugestanden haben sollte.

Eine strenge Ausnahmevorschrift zugunsten der einmaligen Leistungen an Witwen und Waisen Versicherter enthält § 1325 RVO.: Witwengeld und Waisenaussteuer (vgl. §§ 1252, 1264, 1296) dürfen ebensowenig aufgerechnet wie übertragen, ge- oder verpfändet werden, falls nicht ausnahmsweise mit Genehmigung des Versicherungsamts nach § 119 Abs. 2 eine Abweichung zugestanden ist.

Für das Angestelltenversicherungsrecht sind gleichartige Vorschriften in §§ 93, 371, 379, 389 des AngestVersGes. erlassen.

Digitized by Google

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Keine Pflicht der Versicherungsträger, vor Gewährung von Versicherungsleistungen das Vorhandensein etwaiger Ersatzberechtigter zu ermitteln.

Rev. Entsch. des **sächs. Landesversicherungsamts** vom 16. April 1921 (Nr. 11 K.).

Frau W. war als Fabrikarbeiterin seit 4. 11. 19 Mitglied der allg. Ortskrankenkasse. Sie war vom 3. bis 25. 2. 20 wegen Gebärmutterblutungen in ärztlicher Behandlung und arbeitsunfähig und erhielt auf ihren Antrag von der Krankenkasse für diese Zeit Krankengeld. Nach den Feststellungen des Versicherungsamts war sie aber bereits am 6. 2. 1920 wegen Lebensgefahr auf Anordnung des behandelnden Arztes in das städtische Krankenhaus aufgenommen und bis zum 16. 2. 20 auf Kosten des Armenverbandes verpflegt worden. Dieser verlangte Erstattung der mit 55 ℳ berechneten Kosten von der Krankenkasse. Die Kasse lehnte die Erstattung ab, weil sie erst am 26. 2. 20 von der Aufnahme der W. ins Krankenhaus in Kenntnis gesetzt worden sei; zur Zeit der Benachrichtigung sei der Krankengeldanspruch der W. schon befriedigt gewesen.

Der Vorsitzende des Versicherungsamts hat die beklagte Kasse zur Zahlung der 55 ℳ verurteilt. Auf Berufung der Kasse hat das Oberversicherungsamt die Vorentscheidung aufgehoben und die Sache an das Versicherungsamt zurückverwiesen. Das Oberversicherungsamt geht davon aus, daß der klagende Armenverband unter den gegebenen Verhältnissen die W., gesetzlicher Pflicht entsprechend, für eine Zeit unterstützt habe, wo die W. gegen die Krankenkasse Anspruch auf Krankenkassenleistung hatte (§§ 1531, 1532 RVO.), und den Ersatzanspruch nach § 1539 RVO. rechtzeitig geltend gemacht habe. Da aber die W. selbst keinen Anspruch auf Krankenhauspflege gehabt habe (Amtl. Nachr. 1916 S. 478, 647), sondern nur Anspruch auf Krankenhilfe nach § 182, so habe auch der Kläger nur Anspruch auf Ersatz von ⅔ des Grundlohns nach § 1533 Nr. 2 und § 1503 RVO. Die bereits erfolgte Zahlung des Krankengeldes sei ohne Einfluß auf den dem Kläger kraft eigenen Rechtes zustehenden Ersatzanspruch.

Auf Revision der Krankenkasse hat das Landesversicherungsamt, unter Aufhebung der Entscheidungen des Versicherungsamts und des Oberversicherungsamts, den Anspruch des Armenverbandes abgewiesen aus folgenden Gründen:

Es kann dahingestellt bleiben, ob der Klageanspruch nach §§ 1531, 1532, 1539 RVO. begründet und der Einwand der Beklagten, daß der Ersatzanspruch infolge der Zahlung des Krankengeldes an die W. erloschen sei, beachtlich ist. Denn der Klageanspruch ist schon aus folgenden Erwägungen abzuweisen: Die Krankenkasse war bei der Zahlung des Krankengeldes weder nach der Reichsversicherungsordnung noch nach allgemeinen Rechtsgrundsätzen verpflichtet, das Vorhandensein etwaiger Ersatzberechtigter von Amts wegen zu ermitteln und deren Rechte dem Unterstützten gegenüber wahrzunehmen. Vielmehr war es Sache der Ersatzberechtigten, den Anspruch auf Ersatz rechtzeitig bei der Kasse anzumelden. Die Folgen verspäteter Anmeldung der Ansprüche — besonders der vorher erfolgten Zahlung an den Versicherten — fallen regelmäßig dem Ersatzberechtigten zur Last. Von der Regel hier abzugehen, liegt um so weniger Anlaß vor, als der Kläger bei der Aufnahme der W. ins Krankenhaus gewußt haben muß, daß sie als Fabrikarbeiterin Mitglied einer Krankenkasse sei, und es lag im eigenen Interesse des Klägers rechtzeitig um die Aufklärung des Versicherungsverhältnisses der W. besorgt zu sein. Mithin kommt es auch vorliegend darauf an, ob die Krankenkasse bei den Zahlungen des Krankengeldes Kenntnis davon hatte, daß die W. im Wege der Armenpflege unterstützt wurde. Die Beklagte behauptet, erst am 26. Februar davon benachrichtigt worden zu sein, während der Kläger insoweit nichts Gegenteiliges behauptet hat. Hieraus ergibt sich nach dem Vorstehenden ohne weiteres, daß der etwaige Erstattungsanspruch des Klägers erloschen ist.

Formelle und sachliche Voraussetzung für Berichtigung einer Entscheidung.

Beschluß des **Reichsversicherungsamts** vom 5. November 1920 (2618 Amtl. Nachr. 1921 S. 183).

Die Verfügung des Vorsitzenden der Beschlußkammer des Oberversicherungsamts vom 17. Dezember 1919 stellt sich dar als eine Berichtigung der von der Beschlußkammer am 5. August 1919 erlassenen Entscheidung im Sinne des zunächst nur für das Spruchverfahren geltenden § 1673 RVO. Die Reichsversicherungsordnung selbst enthält keine Vorschrift, wonach § 1673 für das Beschlußverfahren vor dem Oberversicherungsamte für entsprechend anwendbar erklärt wird, wohl aber bestimmt § 43 der auf Grund von § 35 Abs. 2 RVO. erlassenen Verordnung über Geschäftsgang und Verfahren der Oberversicherungsämter vom 24. Dezember 1911 (RGBl. S. 1095), daß § 1673 für das Beschlußverfahren vor den Oberversicherungsämtern entsprechend gilt. Die Verfügung des Vorsitzenden vom 17. Dezember 1919 war hiernach an sich zulässig. Mit seiner Eingabe an das Reichsversicherungsamt vom 30. Juli 1920 bezweckt der Beschwerdeführer offenbar, die Rechtsgültigkeit dieser Verfügung anzufechten. Es war zu prüfen, ob die Beschwerde rechtzeitig und begründet ist. Beides war zu bejahen.

Digitized by Google

Wie die Begründung zu § 1636 des Entwurfs (§ 1673 des Gesetzes) S. 501 ausspricht, ist diese Vorschrift dem § 319 der Zivilprozeßordnung nachgebildet und den besonderen Bedürfnissen des Verfahrens in Sachen der Reichsversicherung angepaßt. Ein gemäß § 319 der Zivilprozeßordnung erlassener Berichtigungsbeschluß ist, falls er nicht in mündlicher Verhandlung verkündet wird, den Parteien von Amts wegen zuzustellen, außerdem ist der Beschluß, der die Berichtigung ausspricht, auf der Urschrift und auf den Ausfertigungen des Urteils zu vermerken. Diese Ausführung des Vermerks ist aber für die Wirksamkeit des Berichtigungsbeschlusses nicht wesentlich, die Frist für die Einlegung der gegen den Beschluß zugelassenen sofortigen Beschwerde beginnt vielmehr mit der Zustellung des Berichtigungsbeschlusses (zu vgl. Gaupp-Stein, Zivilprozeßordnung, Anm. II zu § 319; Petersen, Anm. 3 ebenda). Hiernach ist auch die Beschwerde, die in § 1673 Abs. 3 RVO. gegen die eine Berichtigung aussprechende Verfügung des Vorsitzenden zugelassen ist, eine an die Frist des § 128 RVO. gebundene Rechtsbeschwerde im Sinne der §§ 1791 ff.; die Frist für die Einlegung des Rechtsmittels beginnt mit der von Amts wegen vorzunehmenden Zustellung der Verfügung. Eine solche Zustellung der Verfügung an H. ist vorliegend seitens des Oberversicherungsamts nicht erfolgt. Sie wird auch nicht dadurch ersetzt, daß H. durch das Schreiben der Krankenkasse vom 6. Januar 1920 von dem Inhalt der Berichtigungsverfügung Kenntnis erhalten hat. Beim Mangel einer ordnungsmäßigen Zustellung der Verfügung ist daher die Beschwerde des H. als rechtzeitig zu erachten.

Sie ist auch sachlich begründet. Eine Berichtigung von Schreib- oder Rechenfehlern kommt vorliegend nicht in Frage. Hinsichtlich der in § 1673 Abs. 1 erwähnten „ähnlichen offenbaren Unrichtigkeiten" wird, da die Vorschrift des § 1673, wie bereits erwähnt, dem § 319 der Zivilprozeßordnung nachgebildet ist, auf die Auslegung zurückzugreifen sein, die dieser Begriff in der Praxis der ordentlichen Gerichte erfahren hat. Wie das Reichsgericht in einem Beschlusse vom 26. März 1889 (Entsch. in Zivils. Bd. 23 S. 399) des näheren dargelegt hat, handelt es sich dabei nicht um Mängel des Wollens, sondern nur um solche im Ausdruck des Gewollten. Nur solche Versehen sind berichtigungsfähig, die nicht das Urteil des Gerichts ändern, sondern seinen wahren, aus dem Zusammenhange zwischen Urteilssatz und Urteilsgründen mit Sicherheit erkennbaren Willen in dem Urteilssatze den sachentsprechenden Ausdruck verleihen. Eine Änderung des Urteils ist dagegen ausgeschlossen, wenn bei seinem Erlaß ein Irrtum untergelaufen ist, der auf einem materiellen Versehen in der Auffassung und Beurteilung der Sache beruht, wenn also das Gericht nach der Fällung des Urteils zu der Überzeugung kommt, daß es hätte anders erkennen sollen, sei es, daß es etwas Tatsächliches übersehen, sei es, daß es einen Rechtsirrtum begangen hat (zu vgl. Lehmann, Kommentar zur RVO., 3. Aufl., Anm. 3 zu § 1673). Vorliegend hat die Beschlußkammer des Oberversicherungsamts übersehen, daß, wenn auch durch Nichtzahlung der Beiträge am ersten und zweiten Zahltag die Mitgliedschaft des H. erloschen ist, doch bis zum Erlöschen die Pflicht zur Beitragsleistung nach dem Gesetze bestanden hat. Hiernach liegt nicht ein Irrtum im Ausdruck des Gewollten vor, sondern das Gericht hat sich in der rechtlichen Beurteilung des der Entscheidung zugrunde liegenden Sachverhalts geirrt. Eine Berichtigung der Entscheidung erscheint hiernach ausgeschlossen. Es muß vielmehr bei der, nach § 405 Abs. 2 der RVO. mit Recht als endgültig bezeichneten Entscheidung des Oberversicherungsamts vom 5. August 1919 bewenden. Die Berichtigungsverfügung vom 17. Dezember 1919 war daher aufzuheben.

B. Zur Krankenversicherung.

Kosten der Überführung eines Erkrankten in seine Wohnung gehören unter Umständen zu den Kosten ärztlicher Behandlung.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** v. 23. Nov. 1920 (2609 Amtl. Nachr. 1921 S. 168).

Das Versicherungsamt geht in seiner Entscheidung davon aus, daß nach der im Schrifttum herrschenden Meinung bei Erkrankungsfällen außerhalb der Wohnung des Versicherten die Kosten für den Transport des Klägers in seine Wohnung von ihm selbst zu bestreiten seien, weil es sich dabei um die Rückkehr zu seiner Familie zum Zwecke der Pflege handle; die Transportkosten könnten daher, im Gegensatze zu den Kosten einer Fahrt des Kranken zum Arzte oder des Arztes zum Kranken, als zur ärztlichen Behandlung gehörig nicht angesehen werden (zu vgl. Hoffmann, Kommentar 4. Aufl., Anm. 5 Abs. 4 zu § 182 RVO.; Hahn, Handb. der Krankenverf., 8. und 9. Aufl., Anm. 4c zu § 182 RVO.). Dieser Standpunkt wird aber in der Rechtsprechung nicht durchweg geteilt. So hat der bayerische Verwaltungsgerichtshof in einer Entsch. vom 29. Februar 1904, abgedruckt bei Reger, Bd. 25 S. 53, ausgesprochen, daß die Kosten des Transports eines an seiner im Kassenbezirke gelegenen Arbeitsstelle erkrankten Versicherten nach seiner in einer Nachbargemeinde befindlichen Woh-

Digitized by Google

nung zum Zwecke dortiger ärztlicher Behandlung als Teil der durch die ärztliche Behandlung entstehenden Kosten anzusehen sind, vorausgesetzt, daß nach der Art der Krankheit nicht etwa Krankenhausbehandlung erforderlich war. Auch das Sächsische Oberverwaltungsgericht hat in einer Entsch. vom 5. Februar 1910, abgedruckt bei Reger, Ergänz. Bd. 4 S. 252, den Standpunkt vertreten, daß Transportkosten der fraglichen Art dann zu erstatten sind, wenn die erfolgte Überführung des Kranken bereits den Beginn, mithin einen Teil der der Kasse obliegenden Heilbehandlung bildet. Unter Berücksichtigung der in diesen Entscheidungen angestellten Erwägungen hat der erkennende Senat auch in dem vorliegenden Streitfall die Erstattungspflicht der Kasse bejaht. Zu den Kosten der ärztlichen Behandlung nach § 182 RVO. gehören jedenfalls auch diejenigen Aufwendungen des Versicherten, die durch die Zuziehung des Arztes erforderlich werden (zu vgl. auch Entsch. 2593, Amtl. Nachr. 1920 S. 399). Der Transport des Lehrlings G. nach der elterlichen Wohnung erfolgte vorliegend nicht nur zur Sicherstellung der für ihn erforderlichen Pflege, sondern war in erster Linie mit bedingt durch die Notwendigkeit alsbaldiger weiterer ärztlicher Behandlung, die ihm an der Arbeitsstelle unmöglich zuteil werden und nach Lage der Sache am zweckmäßigsten in der elterlichen Wohnung gewährt werden konnte. Nach der glaubhaften und von der Kasse auch nicht bestrittenen Darstellung des Klägers hat der erstbehandelnde Arzt, Sanitätsrat Dr. D., lediglich einen Notverband angelegt mit dem Hinweis, daß der alsbald erforderliche Dauerverband (Gipsverband) am besten zu Hause angelegt werden könne. Daß die hiernach erforderliche alsbaldige weitere ärztliche Behandlung des G. in der elterlichen Wohnung stattfand, entsprach auch durchaus den Interessen der Krankenkasse. Eine Unterbringung im Krankenhause wurde vom erstbehandelnden Arzt offenbar nicht für nötig erachtet und war auch durch die Art des Leidens nicht bedingt. Die Kasse war ohne weiteres in der Lage, die ärztliche Behandlung in der Wohnung des G. durch ihre Ärzte zu bewirken, denn nach der unwidersprochenen Angabe des Klägers stehen auch in L., einem Vorort von E., in dem die Eltern des Klägers wohnen, dort wohnhafte Ärzte im Vertragsverhältnis zur Kasse. Unter diesen Umständen sind die Kosten der Überführung des Versicherten in seine Wohnung als Teil der von der Kasse zu leistenden Krankenhilfe anzusehen und daher von ihr zu erstatten. Dabei kann dahingestellt bleiben, wie zu entscheiden wäre, wenn etwa der Kläger an einer außerhalb des Kassenbezirks gelegenen und von seiner Wohnung weit entfernten Arbeitsstelle erkrankt wäre (zu vgl. die Auskunft in der „Arbeiter-Versorgung" 1911 S. 71 Nr. 13). Ob der anders geartete Sachverhalt alsdann eine andere Beurteilung der Rechtslage erfordert, braucht vorliegend nicht erörtert zu werden.

C. Zur Unfallversicherung.

Betriebsunfall verneint bei Verletzung infolge einer Neckerei zwischen jungen Leuten während einer Arbeitspause.

Rek. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** (9. Senats) vom 2. Dezember 1920.

Das Reichsversicherungsamt ist nicht zu der Auffassung gelangt, daß der Mechanikerlehrling Wilhelm N. am 19. oder 20. November 1918 einen Betriebsunfall im Sinne von § 544 RVO. erlitten hat. Ein solcher liegt nur dann vor, wenn das schädigende Ereignis mit dem Betriebe in einem inneren Zusammenhang steht derart, daß der Verletzte einer sich aus dem Betriebe ergebenden Gefahr erliegt. Zwar braucht diese Gefahr nicht die alleinige und unmittelbare Ursache des Unfalls zu bilden, es genügt, wenn sie sich als mitwirkende Ursache darstellt (zu vgl. Handb. der Unfallverf. 3. Aufl. Bd. I Anm. 30 zu § 1). Hierbei kann jedoch nicht jeder Umstand, der irgendwie zum Erfolge beigetragen hat, als rechtlich beachtliche Mitursache angesehen werden. Es ist vielmehr notwendig, daß der Betrieb mit seinen Einrichtungen oder eine Betriebstätigkeit des Verletzten eine wesentliche Bedingung für das Zustandekommen des schädigenden Ereignisses gesetzt hat (zu vgl. Rekursentsch. 2585, Amtl. Nachr. 1912 S. 930). Im vorliegenden Falle haben jedoch betriebsfremde Zwecke so auf Absicht und Verhalten des Verletzten bei der unfallbringenden Handlung eingewirkt, daß eine rechtlich erhebliche Beziehung jener Handlung zum Betriebe nicht vorhanden ist. Der Entschluß des N., sich während einer Arbeitspause die Zeit durch eine Neckerei mit einer Arbeitskollegin zu vertreiben, entsprang einer vollkommen betriebsfremden, rein persönlichen Absicht, die nicht durch einen in der Eigenart des Betriebes liegenden Umstand herbeigeführt worden ist. Seine dadurch veranlaßten Handlungen standen deshalb mit dem Betriebe so lange in keinem inneren Zusammenhang, als sie nur Ausfluß seiner betriebsfremden Absicht waren und nicht etwa gleichzeitig Betriebszwecke verfolgten oder solchen dienten. Das hätte z. B. der Fall sein können, wenn der Verletzte die Neckerei mit einer Betriebstätigkeit verbunden hätte, oder wenn er vielleicht durch sie die Arbeitskollegin hätte veranlassen wollen, eine Betriebshandlung vorzunehmen. Ähnliche Er-

Digitized by Google

wägungen treffen aber auf den hier zur Entscheidung stehenden Fall nicht zu. Lediglich um sich die Zeit in der Arbeitspause zu vertreiben, also aus Gründen rein persönlicher Natur, fing N. die „Balgerei" mit dem jungen Mädchen an. Wenn die beiden in deren Verlauf zu Fall gekommen sind, und N. dabei mit dem Kopf auf eine Kiste aufschlug, so war das eine Folge seiner außerhalb des Betriebes fallenden Handlungsweise. Den unterbrochenen Zusammenhang mit dem Betrieb kann unter diesen Umständen auch nicht die Tatsache herstellen, daß die Kiste eine Betriebseinrichtung war, denn die Ursache des Unfallereignisses war allein die betriebsfremde Absicht des Verletzten, eine Neckerei zu beginnen, und die Holzkiste bot nur die Gelegenheit zu dem Unfall (zu vgl. Rekursentsch. 3034, Amtl. Nachr. 1920 S. 151). Das Vorliegen eines Betriebsunfalls war sonach zu verneinen . . .

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Die Vereinigung Schlesisch-Posenscher berufsgenossenschaftlicher Verwaltungen

hielt am 28. April d. Js. zu Breslau unter dem Vorsitz des Fabrikbesitzers H. Lauterbach ihre 4. Mitgliederversammlung ab, in der eine sehr umfangreiche Tagesordnung zur Erledigung kam. Fast sämtliche der Vereinigung angehörende Berufsgenossenschaften hatten Vertreter entsandt; außerdem waren auf Einladung mehrere Ärzte der Heilanstalt für Unfallverletzte erschienen. Nachdem die Versammlung die üblichen geschäftlichen Punkte (Geschäftsbericht, Entlastung des Vorstandes, Aufstellung des neuen Voranschlags) erledigt und einige Wahlen vollzogen hatte, wurde beschlossen, der Arbeitsgemeinschaft schlesischer Versicherungsträger und Wohlfahrtseinrichtungen beizutreten unter der Voraussetzung, daß die Richtlinien der Arbeitsgemeinschaft in einigen Punkten geändert werden. Aus dieser Veranlassung wurde die Satzung der Vereinigung dahin ergänzt, daß die der Vereinigung angehörenden Berufsgenossenschaften an Beschlüsse, die mit ihrem Einverständnis gefaßt sind, gebunden bleiben, was die Satzung bisher nicht ausdrücklich aussprach. Weiter einigte sich die Versammlung über die Gewährung besonderer Unterstützungen bei Heilanstaltspflege und beschloß, an die Genossenschaftsmitglieder einen Aufruf zur Aufbringung freiwilliger Beiträge für die Tuberkulose-Fürsorgestellen zu richten, um das Fortbestehen dieser wichtigen und segensreich wirkenden Stellen zu sichern. Von größeren Punkten der Tagesordnung ist noch zu erwähnen, daß die Vereinigung im Zusammenwirken mit dem Roten Kreuz Betriebshelferkurse zur Ausbildung in der ersten Hilfe bei Unfällen eingerichtet hat, die zunächst in Breslau in größerer Zahl stattgefunden haben, nunmehr aber auch in der ganzen Provinz abgehalten werden sollen. Für die Betriebshelfer wurde ein Merkblatt aufgestellt. Wichtig ist ferner der Beschluß, der Fürsorge für Schwerunfallverletzte ganz besondere Beachtung zu schenken und die Mitwirkung der Hauptfürsorgestelle für Kriegsbeschädigte nur dann in Anspruch zu nehmen, wenn der einzelnen Berufsgenossenschaft oder der Vereinigung die Unterbringung eines Schwerunfallverletzten nicht gelingen sollte. Schließlich wurde mit der Heilanstalt für Unfallverletzte in Breslau ein Abkommen betreffend Lieferung von orthopädischen Apparaten und Kunstgliedern getroffen.

Der Aufgabenkreis der Vereinigung berufsgenossenschaftlicher Verwaltungen, die seit 1½ Jahren besteht, wächst fortgesetzt und umfaßt, wie der vorstehende Bericht zeigt, die verschiedensten Gebiete, auf denen die Berufsgenossenschaften weit über die gesetzlichen Vorschriften hinaus zum Besten der Versicherten tätig sind.

Orts- und Landkrankenkassen.

In einer vom Bürgerbund Berlin-Lichterfelde e. V. am 2. Mai einberufenen öffentlichen Versammlung berichtete Bürgermeister Brohm über das Thema: Ortskrankenkassen und Landkrankenkassen. Redner legte die Gesichtspunkte dar, die für die Gründung von Landkrankenkassen sprechen, in der insbesondere die Hausangestellten Versorgung finden würden. Das Gesetz lasse die Frage offen, ob Landkrankenkassen zu errichten seien; es sei jetzt, wo die Frage der Umgestaltung der Berliner Ortskrankenkassen zur Tagesordnung stehe, der richtige Zeitpunkt, der Frage ernsthafte Aufmerksamkeit zu widmen. Nach Ansicht des Redners können die Dienstangestellten und Dienstherrschaften bei einer Landkrankenkasse besser und billiger versorgt werden als bei auf die Verhältnisse der Hausangestellten nicht zugeschnittenen Ortskrankenkassen. Der Vorsitzende des Bürgerbundes, Staatssekretär Müller, wies darauf hin, daß es sich nicht um eine politische Frage, auch nicht um eine Frage handele, die mit der Los-von-Berlin-Bewegung im Zusammenhange stehe, sondern um eine rein wirtschaftliche und soziale Frage, an der in erster Linie die Hausangestellten und Dienstherrschaften großes Interesse haben. Mancherlei Gründe sprächen dafür, dem Gedanken der Gründung einer Landkrankenkasse, der durch den Krieg in den Hintergrund getreten sei, wieder näherzutreten. Von der Versammlung wurde nachstehende Entschließung angenommen: „Die vom Bürgerbund Berlin-Lichterfelde e. V. einberufene öffentliche Versammlung ist auf Grund eines eingehenden aufklärenden Vortrages und einer sich daran anschließenden lebhaften Erörterung zu der Überzeugung gelangt, daß die Frage, ob die Hausangestellten (Dienstboten) den Ortskrankenkassen oder aber den Landkrankenkassen angehören, von großer sozialer Bedeutung sei. Sie bittet das Bezirksamt 12, dieser Frage die aufmerksamste Beachtung zu schenken und mit den übrigen Bezirksämtern und dem Magistrat Berlin bei der Neuorganisation des Krankenkassenwesens dahin zu wirken, daß sie geregelt wird, wie es den Bedürfnissen der Bewohner des Bezirkes 12 entspricht.

Arbeitsgemeinschaft schlesischer Versicherungsträger und Wohlfahrtseinrichtungen.

Die schlesischen Versicherungsträger haben sich mit den Wohlfahrtseinrichtungen zu einer Arbeitsgemeinschaft zusammengeschlossen. Mitglieder sind

Digitized by Google

bisher die Landesversicherungsanstalt Schlesien, Vereinigung schlesisch-posenscher berufsgenossenschaftlicher Verwaltungen, die Arbeitsgemeinschaft schlesischer Krankenkassenverbände, der Verband zur Wahrung der Interessen der Betriebskrankenkassen des oberschlesischen Industriebezirks und die Hauptfürsorgestelle für Kriegsbeschädigte und Kriegshinterbliebene der Provinz Schlesien. Für die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und die Preußisch-Hessische Eisenbahngemeinschaft ist der Beitritt offen gehalten. Nach den aufgestellten Richtlinien bezweckt die Arbeitsgemeinschaft die Förderung der den einzelnen Mitgliedern gesetzlich obliegenden oder von ihnen freiwillig übernommenen Aufgaben (gemeinsames Vorgehen, gegenseitige Verständigung und Unterstützung, Austausch von Erfahrungen, Ausgleich von Interessengegensätzen und ähnliches). Als solche Aufgaben sollen insbesondere angesehen werden:

a) allgemeine vorbeugende und helfende Krankenfürsorge: Fürsorgemaßnahmen gegen Volkskrankheiten, Wohnungsfragen, Ausbildung von Helfern und Fürsorgern, erste Hilfeleistung und Transport;

b) besondere Heil- und Berufsfürsorge für Schwerbeschädigte und chronisch Kranke: Arbeitsbehandlung, Um- und Anlernung, Sicherung von Arbeitsgelegenheiten, Abkommen der Mitglieder untereinander sowie mit Ausführungsbehörden, Sonderanstalten, Hauptversorgungsämtern und behördlichen und privaten Wohlfahrtsorganen, gemeinsame Kontrolleinrichtungen;

c) wirtschaftliche Fragen: Gemeinsame Verträge mit Heilanstalten, Ärzten, Apotheken und Lieferanten, Errichtung und Betrieb gemeinsamer Krankenhäuser und Behandlungsinstitute, gemeinsamer Einkauf von Bürobedarf und von Bedarfsgegenständen für Heilstätten- und Krankenbehandlung;

d) allgemeine Fragen: Aufklärung der Versicherten durch Wort, Schrift und Bild, gemeinsame statistische Erhebungen, Fortbildung der Beamten und Angestellten, Errichtung einer Auskunftsstelle für Versicherte, Arbeitgeber und für die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft, gemeinsame Vertretung vor Versicherungsbehörden und ordentlichen Gerichten, Einrichtung von Schiedsgerichten bei Streitigkeiten unter den Versicherungsträgern, Stellungnahme zu den Orts- und Grundlöhnen, den durchschnittlichen Jahresarbeitsverdiensten und zum Werte der Sachbezüge. („Ortskrankenkasse.")

Zum Kampfe der Lebensversicherungsgesellschaften gegen die Angestelltenversicherung.

Die Äußerungen des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte, denen wir in unserer Zeitschrift Raum gegeben haben (Heft 3 S. 56, Heft 6 S. 117, Heft 11 S. 216), haben mancherlei Gegenäußerungen veranlaßt, in denen die Grenzen sachlicher Auseinandersetzung nicht immer eingehalten waren. Der folgenden, im Ton einwandfreien Äußerung, die wir in der „Deutschen Allgemeinen Zeitung" vom 3. 5. 21 finden, glauben wir ohne eigene Stellungnahme zur Sache billigerweise gleichfalls Raum geben zu sollen. Sie lautet:

Die neue Erweiterung der Angestelltenversicherungspflicht bis zu einem Jahreseinkommen von 30 000 ℳ oder, wie eine Gruppe von Angestellten will, bis zu einer unbegrenzten Höhe, hat einen lebhaften Gedankenaustausch in der Tages- und Fachpresse darüber gezeitigt, was für die Angestellten vorteilhafter ist, die Angestelltenversicherung oder die Lebensversicherung. Ganz neuartig an diesen Auseinandersetzungen ist, daß das Direktorium der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte amtlich in den Streit der Meinungen eingreift und gegen das gute Recht der Lebensversicherungsgesellschaften zu Felde zieht, die Angestellten über die Nachteile der Angestelltenversicherung aufzuklären und ihnen den Abschluß von Ersatzlebensversicherungen zu empfehlen. Es wird beispielsweise erklärt, daß in das kommende Angestelltenversicherungsgesetz die Befreiungsmöglichkeit für bereits lebensversicherte Angestellte nicht aufgenommen werde. Aus den Bestimmungen in § 390 des Angestelltenversicherungsgesetzes vom 20. Dezember 1911 und § 5 der Novelle hierzu vom 31. Mai 1920 ergibt sich die Notwendigkeit der gleichen oder einer ähnlichen Befreiungsvorschrift für das demnächst zu erwartende Angestelltenversicherungsgesetz, denn ihre Fortlassung würde heute eine viel schwerere Schädigung der versicherungspflichtig werdenden Angestelltenkreise bedeuten als im Jahre 1911, weil inzwischen, auch unter der Einwirkung des Krieges, die Zahl derjenigen Angestellten, die Lebensversicherungen bei Lebensversicherungsgesellschaften abgeschlossen haben, in ganz außerordentlichem Umfang gewachsen ist. War schon im Jahre 1911 jene Befreiungsvorschrift nötig, um, wie die Begründung zum damaligen Gesetzentwurf ausführte, für die Angestellten Härten zu vermeiden, so darf sie im kommenden Gesetz noch viel weniger fehlen.

Die reichsgesetzliche Angestelltenversicherung und die Lebensversicherung haben ganz verschiedene Ziele. Die erstere ist eine Pensionsversicherung, auf deren Leistungen der Angestellte erst nach einer Reihe von Jahren Anspruch hat. Bei der Lebensversicherung liegt das Schwergewicht auf dem sofort eintretenden Versicherungsschutz. Der Hauptzweck ist die Versorgung der Hinterbliebenen beim vorzeitigen Tode des Versicherten. Kommt die Verbindung mit dem Erlebensfall hinzu, so gewinnt sie den Charakter einer Altersversorgung, ohne den der Todesfallversicherung zu verlieren. Bei der Angestelltenversicherung spielt die Versorgung der Hinterbliebenen (Witwen und Waisen) eine sehr untergeordnete Rolle. Dies geht namentlich daraus hervor, daß im Todesfalle während der langen Wartezeit keine Versicherungsleistung bei der Reichsversicherungsanstalt erfolgt. Schon hieraus ergibt sich die Notwendigkeit, für die lange Wartezeit Vorsorge zu treffen, damit beim Tode des Ernährers die Familie nicht in wirtschaftliche Not gerät. Der Angestellte wird also eine Lebensversicherung abschließen müssen. Nun können sich aber nach ihren Einkünften die Angestellten durchweg die doppelte Ausgabe, nämlich die Prämien für die Lebensversicherung und die Abgabe für die Angestelltenversicherung, nicht leisten. Sie werden daher den Wunsch haben, auf die eine von beiden Leistungen zu verzichten. In solchen Fällen kann die Wahl nicht schwer sein, zumal die Lebensversicherung in ihrem Doppelcharakter als Todesfallversicherung und Altersversorgung allen Anforderungen gerecht wird.

Der Geist unserer Zeit ist ein sozialer Geist und als solcher muß er auch in unserer Gesetzgebung zum Ausdruck kommen. Es ist daher undenkbar, daß der Reichstag einem Gesetz seine Zustimmung gibt, das die freie Willensbestimmung des Staatsbürgers ausschließt und ihm Lasten auflegt, aber für die ersten zehn Jahre das Risiko zu übernehmen ablehnt. Es muß vielmehr jedem Angestellten freistehen, für sein Alter und für seine Hinterbliebenen zu sorgen, wie es seinem Versicherungsbedürfnis entspricht. Der Gesetzgeber muß sich damit begnügen, den Zwang zur Versicherung in bestimmter Höhe auszusprechen, es den Angestellten

Digitized by Google

aber überlassen, frei darüber zu entscheiden, wo und wie sie sich in der gesetzlich vorgeschriebenen Art und Höhe versichern wollen.

Arbeitslosenversicherung im Auslande.

Der durch unsere unglücklichen politischen und wirtschaftlichen Verhältnisse bedingte ungeheure Umfang der Arbeitslosigkeit hat — wie übrigens auch im feindlichen und neutralen Auslande — die schon in Friedenszeiten viel erwogene und erörterte Frage der Arbeitslosenversicherung in den Vordergrund des Interesses gerückt. Über den deutschen Entwurf eines Gesetzes über Arbeitslosenversicherung haben wir mehrfach Mitteilungen und kritische Ausführungen veröffentlicht, so im Jahrg. 1920 S. 553, 561 (Brunn; zu vgl. auch dessen Abhandlung im Jahrg. 1919 S. 401), 661 (Kleeis), 677[1]). Eine sorgsame Erwägung des Problems darf von der Betrachtung ausländischer Vorbilder nicht absehen. Über die einschlägigen, einstweilen nur in einzelnen Ländern zu gesetzlicher Regelung gediehenen, vielfach in mehr oder weniger weitreichenden Behelfen anderer Art steckengebliebenen Bestrebungen im Auslande findet man reichhaltiges, lehrreiches Material in dem großen, von Zacher herausgegebenen Werke „Die Arbeiter-Versicherung im Auslande“ (Verlag der „Arbeiter-Versorgung“), so über Dänemark (Heft Ib S. 49 ff., 47[2]), Schweden (Heft IIa S. 43, 45), Norwegen (Heft IIIb S. 43), Frankreich (Heft IVb S. 87, 42[2]), England (Heft Va S. 51, Vb S. 6, 84), Italien (Heft VIb S. 14), Schweiz (Heft XI S. 45, XIa S. 41), Luxemburg (Heft XIVa S. 48), Spanien (Heft XVa S. 43).

Eine förmliche Zwangsversicherung gegen Arbeitslosigkeit ist bisher nur durchgeführt in England durch ein Gesetz vom 16. Dezember 1911 (zu vgl. Walter in ArbVers. 1911 S. 390, 395)[2]) und, was uns am nächsten angeht, in Deutsch-Österreich durch Gesetz vom 24. März 1920 (ArbVers. 1920 S. 495), neuerdings den veränderten Zeitverhältnissen angepaßt durch Gesetz vom 17. März 1921. Auch in Ungarn besteht jetzt eine staatliche Arbeitslosenversicherung; ferner im bolschewistischen Rußland und in Italien. Über die beiden letzterwähnten Länder teilen wir, nach den „Monatsblättern für Arbeiterversicherung“ (1920 S. 70 und 1921 S. 6) folgendes mit:

Rußland (Gesetz v. 19. 11. 17 — 2. 12. 17 neuen Stils —).

Der Wirkungsbereich des Gesetzes erstreckt sich auf alle Personen ohne Unterschied des Alters, Geschlechts und der Nation, die gegen Entgelt in einem staatlichen oder privaten Unternehmen oder bei einer Privatperson beschäftigt sind. Ausgenommen sind diejenigen, die höhere Ämter bekleiden und freien Berufen angehören, falls ihr regelmäßiges Einkommen das Dreifache des von den lokalen Gewerkschaftsräten für die betreffende Gegend festgesetzten Durchschnittseinkommens der Arbeiter übersteigt. Es werden also im Gegensatze zum deutschen Entwurfe, der gewisse Klassen der Arbeiter und Angestellten für versicherungsfrei erklärt, sämtliche Arbeiter und Angestellte von dem Versicherungszwang erfaßt. „Arbeitslos“ sind die Arbeitsfähigen, die zu den von den entsprechenden Gewerkschaftsverbänden festgesetzten Mindestlöhnen keine Arbeit finden können und von den Gewerkschaften oder lokalen Arbeitsbörsen — d. s. staatliche unter Mitwirkung der lokalen Gewerkschaftsvereinigungen geschaffene Organe zur Organisierung und Regulierung des Arbeitsmarktes, an die sich alle Unternehmer bei Bedarf von Arbeitern und Angestellten zu wenden haben — als arbeitslos registriert sind. Als arbeitslos gilt auch, wer infolge Aussperrung erwerbslos geworden ist. Ebenso nimmt Beteiligung an einem Streik, der durch Herabsetzung der Arbeitslöhne oder Verlängerung der Arbeitszeit hervorgerufen ist, dem Versicherten nicht das Recht auf Unterstützung aus der Arbeitslosenkasse. Im übrigen ist aber nicht arbeitslos, wer infolge eines Streiks erwerbslos geworden ist, solange der Streik dauert, und wer zwar die Arbeit, aber nicht das Arbeitseinkommen verloren hat.

Die Arbeitgeber sind verpflichtet, der Arbeitslosenkasse jede Anstellung und Entlassung von Arbeitern innerhalb 3 Tagen zu melden und nach den vom Versicherungsrate gegebenen Vorschriften genaue Angaben über Art der Arbeit und des ausbezahlten Lohnes zu machen, darüber Buch zu führen und Bücher und Belege den von den Komitees bevollmächtigten Personen vorzulegen. Im Falle der Arbeitslosigkeit wird eine Unterstützung in voller Höhe des Arbeitslohnes gewährt, die aber den für die betreffende Gegend vom Orts- oder Kreisgewerkschaftsrate festgesetzten durchschnittlichen Tageslohn nicht übersteigen darf. Im Falle der Erkrankung eines Arbeitslosen gewährt ihm die Arbeitslosenkasse Geldunterstützung und unentgeltliche ärztliche Hilfe nach den Normen der Krankenkassen. Von der Erfüllung einer Wartezeit oder sonstiger Bedingungen ist die Gewährung der Arbeitslosenunterstützung nicht abhängig gemacht, vielmehr entsteht ohne weiteres ein Anspruch auf Unterstützung schon bei Arbeitslosigkeit von mehr als dreitägiger Dauer, und zwar vom 1. Tage ab. Nur Arbeitslosigkeit bis zu dreitägiger Dauer wird nicht entschädigt. Die Fälle, daß Versicherte die Arbeit ohne triftigen Grund aufgeben oder infolge schuldhaften Verhaltens entlassen werden, sind im Gesetze nicht berührt worden.

Träger der Versicherung sind Arbeitslosenkassen, die für Städte und Kreise zu errichten sind. Diese Kassen können wieder Interessengemeinschaften gründen. Sie haben das Recht, in eigenem Namen Vermögensrechte zu erwerben, Verbindlichkeiten einzugehen und als Kläger und Beklagte vor Gericht aufzutreten. An der Spitze einer solchen Kasse steht ein aus Vertretern der Gewerkschaften, Fabrikkomitees und Krankenkassen in gleicher Anzahl gewähltes Komitee, das wieder aus seiner Mitte die Direktion und Revisionskommission ernennt.

Die Mittel für die Arbeitslosenversicherung werden ausschließlich von den Arbeitgebern aufgebracht. Sie haben bis zu 3 v. H. des Arbeitslohnes an die Arbeitslosenkassen abzuführen. Innerhalb dieser Grenze wird die Höhe der Beiträge vom Versicherungsamt auf Grund der vom Allrussischen Gewerkschaftsrate zu liefernden Daten für ganz Rußland gleichmäßig festgesetzt. Die Beiträge sind binnen 8 Tagen nach Auszahlung des Arbeitslohnes einzuzahlen, andernfalls erfolgt Zwangsvollstreckung, wobei von den Arbeitgebern Strafgebühren in Höhe von 10 v. H. von der einzutreibenden Summe erhoben werden können.

[1]) Zu vgl. noch aus versicherungsrechtlichen Zeitschriften unter dem Gesichtspunkte der Verbindung mit der Krankenversicherung: Lehmann in der „Volkstüml. Zeitschr.“ 1920 S. 229 und „Ortskrankenkasse“ Sp. 529, Wasewitz daselbst Sp. 536, Stier-Somlo im Zentralbl. f. Reichsversichg. 1921 Sp. 129.

[2]) Näher ausgestaltet und erheblich erweitert durch ein Gesetz v. 9. 8. 20. Zu vgl. Bernhard in Monatsschr. f. Arb. u. AngestVers. 1920 Sp. 66 ff., besonders unter IV, V, VI.

Digitized by Google

Auch ein Verfahren ist in dem aus wenigen Vorschriften bestehenden Gesetze vorgesehen. Gegen die Verfügungen des Komitees der Arbeitslosenkassen ist binnen zwei Wochen das Rechtsmittel der Berufung an das Versicherungsamt und gegen dessen Beschlüsse ebenfalls binnen zwei Wochen eine weitere Berufung an den Versicherungsrat gegeben. Die Einlegung der Rechtsmittel hat keine aufschiebende Wirkung. Die Behörden der Versicherungsämter und des Versicherungsrats sollen indessen erst im Sinne eines Übergewichts der Vertreter der Arbeiterschaft reorganisiert werden. Bis dahin werden die Funktionen der Versicherungsämter von den aus 21 Mitgliedern bestehenden Ortskommissionen und die des Versicherungsrats von der aus 27 Mitgliedern bestehenden Zentralkommission für Arbeitslosenversicherung übernommen. Die Mitglieder dieser Kommissionen bestehen in der Hauptsache aus Arbeitern, die von den Gewerkschaftsverbänden, Fabrikkomitees usw. gewählt werden; nur bei der Zentralkommission sind die Unternehmer mit vier Mitgliedern vertreten.

Alles in allem läßt das Gesetz eine gründliche Durcharbeitung und eine den verschiedenen Anforderungen des Wirtschaftslebens angepaßte Fassung vermissen. Nicht allein, daß in dem Gesetze jegliche Vorschriften, die auf eine Verhütung der Arbeitslosigkeit hinzielen, fehlen, wird auch die Unterstützung bei Arbeitslosigkeit so allgemein und unabhängig von der Erfüllung irgendwelcher Bedingungen gewährt, daß berechtigte Zweifel bestehen, ob nicht diese Art der Arbeitslosenversicherung zumal bei der in Rußland völlig daniederliegenden Industrie binnen kurzer Zeit an finanzieller Erschöpfung der Arbeitslosenkassen scheitern wird.

Italien (Kgl. Verordnung vom 19. 10. 19)[3]).

In der Verordnung wird in Titel I (Art. 1 bis 18) die Verwaltung und Ordnung der Dienststellen für den Arbeitsnachweis und für die Erwerbslosenversicherung geregelt. Oberste Behörde ist das Landesamt; diesem unterstehen Provinzialausschüsse für Arbeitsnachweis und Erwerbslosigkeit, ferner örtliche Aufsichtskommissare. Diese haben die Verwaltung und örtliche Aufsicht über die Arbeitsnachweis- und Erwerbslosenfürsorgestellen. In jeder Provinz wird ein Ausschuß für Arbeitsnachweis und Erwerbslosigkeit gebildet.

Während im I. Titel die Organisation des Arbeitsnachweiswesens geregelt wird, befaßt sich der II. Titel (Art. 19 bis 22), der die Überschrift „Vorschüsse für Arbeiten" trägt, mit Maßnahmen der produktiven Erwerbslosenfürsorge, diesem neuesten Zweig der Erwerbslosenfürsorge, dem lange Zeit hindurch auch in Deutschland nicht die genügende Beachtung geschenkt worden ist. Klar ausgesprochen wird dieser Gedanke in Art. 20: „Der Provinzialausschuß für Arbeitsnachweis und Erwerbslosigkeit kann dem Ministerium für Industrie, Handel und Arbeit vorschlagen, daß den Gemeinden oder Konsortien zur Bekämpfung der Erwerbslosigkeit und, um ihr vorzubeugen, vorschußweise Beträge zur Verfügung gestellt werden für die unverzügliche Inangriffnahme örtlicher Arbeiten."

Der Titel III (Art. 23 bis 51) ist überschrieben „Versicherung gegen unfreiwillige Erwerbslosigkeit infolge Arbeitsmangels". Zu diesem Zweck ist bei dem Landesamt für Arbeitsnachweis und Erwerbslosigkeit, d. h. also der Zentralbehörde, ein Landesfonds gebildet, der von dem „Ausführenden Zentral-Ausschuß für Arbeitslosigkeit" verwaltet wird. Dieser Zentralausschuß hat folgende Aufgaben:

1. Anordnung und Überwachung der Tätigkeit der gemischten und beruflichen Provinzialkassen für Arbeitslosigkeit;
2. Unterstützung dieser Kassen aus dem Landesfonds;
3. Erteilung von Vorschüssen aus dem Landesfonds;
4. Vorschlag von Unterstützungs- und Beitragsüberweisungen.

Art. 25 begrenzt den Umfang der Versicherungspflicht folgendermaßen: „Der zwangsweisen Versicherung gegen unfreiwillige Erwerbslosigkeit mangels Arbeit sind unterworfen die Arbeiter beiderlei Geschlechts, die in Diensten anderer stehen und gegen eine feststehende Entlohnung oder im Akkord arbeiten; ebenso die Privatangestellten (Nichtarbeiter), die eine Gesamtvergütung beziehen, welche den Höchstsatz, der für die Unfall- und Altersversicherung festgesetzt ist, nicht übersteigt.

Von der Versicherungspflicht sind ausgeschlossen:

1. Personen, welche das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet, und die, welche das 65. Lebensjahr hinter sich haben;
2. die Hausarbeiter und Dienstboten;
3. die im Dienst des Staates, der Provinzen und der Gemeinden ständig beschäftigten Arbeiter."

Durch Ministerialverordnung können gewisse Klassen von Arbeitern von der Versicherungspflicht befreit werden; darunter fallen z. B. besonders die Saisonarbeiter. In jeder Provinz werden gemischte Zwangskassen für Versicherung gegen Erwerbslosigkeit geschaffen. Jeder Arbeiter kann nur bei einer Versicherungskasse gegen Erwerbslosigkeit versichert sein. Die schon bestehenden Arbeitslosenkassen werden von Art. 29 berücksichtigt; auch sie sind neben der Zwangsversicherung und sogar an Stelle dieser zulässig: „Zur Ausübung der Versicherung gegen Erwerbslosigkeit gemäß der gegenwärtigen Verfügung können Berufskassen, die von Handwerkerorganisationen oder durch Abmachungen zwischen Arbeitgebern und Arbeitern gegründet worden sind, ermächtigt werden." Auf Anordnung der Regierung kann die Tätigkeit der Dienststellen für Erwerbslosigkeit mit denen der Landeskasse für soziale Versicherungen verbunden werden, also engste Angliederung der Arbeitslosen- an die übrigen Zweige der Sozialversicherung!

Die Beiträge sind, wie folgt, festgesetzt (aber nur vorübergehend):

Klasse für tägliche od. auf 1 Tag berechnete Vergütung	für 14 Tage	wöchentlich	täglich
1. bis zu 4 Lire . . .	0,70	0.35	0,06
2. 4 bis 8 Lire . . .	1,40	0,70	0,12
3. über 8 Lire	2,10	1,05	0,18

Die Beiträge sind zur Hälfte vom Arbeitgeber und zur Hälfte vom Arbeitnehmer oder Angestellten zu entrichten; der Arbeitgeber ist indessen für die Abführung der Beiträge verantwortlich. Der Beitrag fällt für erwerbslose Arbeiter für die Zeit ihrer unfreiwilligen Erwerbslosigkeit mangels Arbeit fort. Die Zahlung der Beiträge hat in der Regel mittels Marken zu erfolgen. Die Beiträge

[3]) Die Verordnung, die mit der am 10. 12. 20 erfolgten Veröffentlichung im Amtsblatt in Kraft getreten ist, soll noch dem Parlament behufs Umwandlung in ein Gesetz vorgelegt werden. — Zu vgl. auch ArbVers. 1921 S. 98.

Digitized by Google

stehen der Kasse zu, bei der der Versicherte eingetragen ist, auch wenn er sich vorübergehend im Bezirk einer anderen Kasse aufhält.

Der tägliche Unterstützungssatz richtet sich nach der Beitragsklasse und ist in folgender Höhe festgesetzt: für Kl. 1 auf 1,25, für Kl. 2 auf 2,50 und für Kl. 3 auf 3,75 Lire.

In jedem Falle aber darf die Unterstützung die Hälfte des täglichen Verdienstes nicht übersteigen. Die Karenzzeit beträgt 8 Tage, die Gesamtunterstützungsdauer 120 Tage innerhalb eines Kalenderjahres, zwei durchaus notwendige Begrenzungen der Unterstützungszeit, denen man grundsätzlich zustimmen, über deren Ausmaß man vielleicht streiten kann. Für Festtage werden keine Unterstützungen gezahlt. Die Frage der Arbeitslosigkeit durch Streik wird in Art. 35 der Verordnung dahin geregelt, daß für „Arbeitslosigkeit, die aus Konflikten zwischen Arbeitern und Arbeitgebern herrührt, kein Anspruch auf Unterstützung besteht". Die Zahlung der Unterstützung erfolgt in der Regel durch die Arbeitsnachweisstellen.

Eine Frage, die bei jeder Arbeitslosenversicherung auftaucht und die nicht leicht zu entscheiden ist, ist die, inwieweit der Arbeitslose verpflichtet sein soll, eine ihm angebotene „geeignete" Beschäftigung anzunehmen. Als geeignete Beschäftigung ist nach Art. 40 Abs. 2 (ähnlich wie nach § 12 des deutschen Entwurfs) auch eine Beschäftigung anzusehen, „die an einem anderen Orte als dem Wohnsitz des Erwerbslosen angeboten wird, wenn dies der obengenannte Provinzialausschuß für erforderlich hält". Ein Erwerbsloser, der ohne gerechtfertigten Grund eine für ihn geeignete Beschäftigung ausschlägt, verliert den Anspruch auf Erwerbslosenunterstützung.

Die aus der Durchführung der Arbeitslosenversicherung sich ergebenden Streitfälle unterliegen dem Urteil der Provinzialausschüsse und in zweiter Instanz dem „Ausführenden Zentralausschuß für Arbeitsnachweis und Erwerbslosigkeit". Die Überwachung der Ausführung der Arbeitslosenversicherung obliegt dem Ministerium für Industrie, Handel und Arbeit, dem das „Landesamt für Arbeitsnachweis und Erwerbslosigkeit" unmittelbar untersteht.

Art. 44 und 46 sehen Strafen für Arbeitgeber, die gegen die Verordnung verstoßen, bis zum Höchstbetrage von 10 000 Lire vor, Art. 48 für Arbeitnehmer, die in vorsätzlich falscher Weise Erwerbslosenunterstützung zu erlangen suchen. Die Einnahmen aus diesen Geldstrafen werden zur einen Hälfte den zuständigen Versicherungskassen, zur anderen dem obengenannten „Landesfonds für Erwerbslosigkeit" überwiesen.

Titel IV (Art. 52 bis 56) enthält Übergangs- und allgemeine Bestimmungen. Wichtig ist hier besonders die Bestimmung, daß auf Arbeiter und Angestellte, die beim Inkrafttreten der gegenwärtigen Verordnung unfreiwillig erwerbslos oder vom Heer entlassen sind, ohne Beschäftigung finden zu können, die Bestimmung des Art. 39 (Ausschluß und Erschwerung des Anspruchs auf Erwerbslosenunterstützung) keine Anwendung findet.

Beantwortung von Anfragen.

Rechtsauskünfte aus unserem Arbeitsgebiet erteilen wir den Beziehern unserer Zeitschrift bereitwillig, ohne indessen eine Verpflichtung oder eine zivilrechtliche Haftung zu übernehmen. Für schriftliche Auskunft wird Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten, und zwar auch dann, wenn nur Bescheid durch die Zeitschrift erbeten, die Sache aber zur Veröffentlichung an dieser Stelle nach unserem Ermessen nicht geeignet ist.

Wegfall der Befreiung eines Lehrlings von Versicherungspflicht durch Aufrücken zum Gehilfen.

1. **Nach Schmölln.** Antwort: Nach § 174 Ziff. 1 RVO. werden auf Antrag von der Versicherungspflicht befreit „Lehrlinge aller Art, solange sie im Betriebe ihrer Eltern beschäftigt werden". Diese Fassung und der Zweck der Bestimmung gestatten kaum einen Zweifel, daß die Befreiung nur so lange dauert, wie die Beschäftigung als Lehrling. Die Befreiung erlischt also, wenn der Lehrling zum Gehilfen aufrückt. Ob er als solcher im Betriebe seines Vaters nunmehr versicherungspflichtig ist, ist nach den oft erörterten Gesichtspunkten zu prüfen, die namentlich wieder in dem Rundschreiben des Reichsarbeitsministers v. 10. 1. 20 (ArbVers. S. 248) dargelegt sind.

Kein Krankengeld bei Erkrankung eines ohnehin Arbeitsunfähigen.

2. **Nach Dessau.** Antwort: Der neuerdings wegen Geschwüre am Unterarm in ärztliche Behandlung genommene Versicherte kann Krankengeld nicht beanspruchen, wenn er schon vor dieser Erkrankung infolge einer Kriegsdienstbeschädigung dauernd arbeitsunfähig war. Wenn der Arzt bescheinigt, daß F. „unter normalen Verhältnissen" wegen der zahlreichen Geschwüre arbeitsunfähig gewesen „wäre", so will er wohl hiermit gerade darauf hinweisen, daß der Fall insofern nicht „normal" liegt, als F. schon, abgesehen von der neuen Erkrankung, arbeitsunfähig war. Man kann also nicht sagen, daß diese Krankheit ihn arbeitsunfähig macht, wie nach § 182 Ziff. 2 Voraussetzung für den Anspruch auf Krankengeld ist (zu vgl. Entsch. des RVA. 2190, ArbVers. 1916 S. 472).

Kein Anspruch auf Erstattung der Krankenhilfe aus § 197 RVO.

3. **Nach Mügeln.** Antwort: Auf Grund des § 197 RVO. sind nur die Leistungen der Wochenhilfe zu erstatten, wie der Hinweis auf die §§ 195a, 195c und 196 unzweideutig ergibt. Die Beträge, die hiernach zugrunde zu legen sind, ergeben sich aus § 195a. Von ihnen ist der entsprechende Anteil zu erstatten. Was aber die leistungspflichtige Kasse darüber hinaus als Krankenhilfe zu leisten hatte, ist nicht erstattungspflichtig, auch wenn die Krankheit durch eine Entbindung verursacht worden ist. Anderseits wird die Erstattungspflicht nicht etwa dadurch, daß die Entbindung regelwidrig verlaufen ist und Krankenhilfe erfordert hat, auch bezüglich der Wochenhilfe ausgeschlossen. Die in der Anfrage erwähnte Entscheidung des Oberversicherungsamts Leipzig (abgedruckt in der ArbVers. 1921 S. 52) besagt, daß im Falle regelwidrigen Verlaufs einer

Digitized by Google

Entbindung von der leistungspflichtigen Kasse auch Krankenpflege zu gewähren ist, nicht aber ist darin ausgeführt, daß in einem solchen Falle auch für die Krankenpflege Ersatz aus § 197 RVO. zu leisten ist. Demgemäß dürfen als Schwangerenbeihilfe nur 25 ℳ, nicht die vollen Arztkosten mit 209 ℳ angesetzt werden.

Verletzung der Meldepflicht kann den Arbeitgeber ersatzpflichtig machen.

4. **Nach Meppen.** Antwort: Die Vorschriften über die Meldepflicht der Arbeitgeber bezwecken, den Kassen die Möglichkeit zur Feststellung derjenigen Tatsachen zu geben, die ihre Rechte und Pflichten begründen. Das wirtschaftliche Interesse der Kasse soll geschützt werden. Jene Vorschriften sind also Gesetze, die den Schutz eines anderen bezwecken. Daher begründet ihre vorsätzliche oder fahrlässige Verletzung gemäß § 823 Abs. 2 BGB. eine Schadenersatzpflicht des Meldepflichtigen. Hieraus ergibt sich, daß ein Arbeitgeber, der es schuldhaft unterlassen hat, einen Versicherten rechtzeitig abzumelden, der Kasse die entstandenen Kosten zu erstatten hat, wenn sie jenem Krankenhilfe leistete, weil sie nicht wußte, daß er nicht mehr Mitglied war. (Vgl. Hahn, Handb. der Kr.-Vers., Anm. 1 f. zu § 317 RVO.; auch Urteil des Reichsgerichts in der Jurist. Wochenschrift 1910 S. 586.)

Hebammenhilfe „bei der Niederkunft" (§ 195c RVO.).

5. **Nach K.** Antwort: Wir haben, unter Hinweis auf Entscheidungen des RVA. (Nr. 2175 und 2192, ArbVers. 1916 S. 300, 518), wiederholt darauf aufmerksam gemacht, daß die Worte „bei der Niederkunft" im Sinne des § 195c Abs. 1 RVO. nicht zu eng aufgefaßt werden dürfen, daß vielmehr die erste Zeit des Wochenbettes noch mit zu berücksichtigen ist (zu vgl. ArbVers. 1919 S. 719 Ziff. 7a, 1920 S. 138 Ziff. 2, 558 Ziff. 9). Es kann danach namentlich die Bezahlung von Wochenbettbesuchen der Hebamme, die bis zum Abfall der Nabelschnur stattgefunden haben, nicht abgelehnt werden (zu vgl. RVA. a. a. O. S. 519, 520). Wenn aber das Versicherungsamt schlechthin annimmt, daß die Kasse „bis zu 10" solcher Besuche bezahlen müsse, so ist das willkürlich und nicht gerechtfertigt. Es ist jeweils in Betracht zu ziehen, was nach den besonderen Umständen des Falles notwendig oder doch unter dem Gesichtspunkte verständiger Vorsicht angezeigt war.

Bare Beihilfen nach Ermessen des Kassenvorstandes sind als Familienhilfe (§ 205 RVO.) unzulässig.

6. **Nach K.** Antwort: Die Bestimmung im Nachtrag zur Satzung, wonach der Vorstand der Kasse bei Hospitalpflege für die Familienmitglieder der Versicherten zu den Pflegekosten eine bare Beihilfe bis täglich 3 ℳ bei Kindern und 6 ℳ bei Ehefrauen gewähren, auch bei Heilstättenbehandlung usw. die Kosten ganz oder teilweise auf die Kasse übernehmen „kann", ist unzulässig, weil sie durch die Einräumung freien Ermessens des Vorstandes den Grundsatz verletzt, daß Mehrleistungen (§ 179 Abs. 3 RVO.) nur zulässig sind, sofern der Anspruch darauf durch die Satzung für alle Mitglieder gleichmäßig bestimmt wird, so daß für ein Ermessen der Kassenorgane im Einzelfalle kein Raum bleibt (zu vgl. Entsch. in ArbVers. 1917 S. 738 und die dort angeführten Stellen). Die Bestimmung ist daher ungültig, trotz der Genehmigung des Oberversicherungsamts, und es wird folglich mit Recht auf Änderung der Satzung gedrungen (§ 326 RVO.). Wenn darauf hingewiesen wird, daß auch an einer anderen Stelle der Satzung sich eine ähnliche, bisher nicht bemängelte Bestimmung findet, so folgt daraus nur, daß auch diese geändert werden muß. Wenn schließlich noch vorgebracht wird, daß der Vorstand von der Annahme ausgegangen sei, jene Vergütungen von 3 oder 6 ℳ sollten ausnahmslos zugunsten aller Mitglieder, die die Pflegekosten aus eigenen Mitteln bezahlen, bewilligt werden, und das Bewilligungsrecht sollte dem Vorstande nur zustehen, wenn die Armenverwaltung die Kosten trägt, so kann es auf diese, mit der Fassung der Satzung nicht vereinbare Auslegung überhaupt nicht ankommen; vielmehr beweist gerade dies Bekenntnis des Vorstandes die Notwendigkeit der Satzungsänderung. Denn dem Vorstande darf eben schlechthin nicht, auch nicht sofern die Hospitalpflege durch den Armenverband gewährt wird, das Ermessen zustehen, die bare Beihilfe zu gewähren oder zu versagen.

Portokosten für Auskünfte nach § 581 RVO.

7. **Nach Rh.** Antwort: An der Auskunft im Jahrg. 1914 S. 271 Ziff. 11, wonach die auf Grund des § 581 RVO. von der Berufsgenossenschaft um Auskunft ersuchte Krankenkasse Anspruch auf Erstattung der ihr durch Erteilung der Auskunft erwachsenden Portokosten hat, ist festzuhalten. Sachgemäß wird daher in solchen Fällen die ersuchende Genossenschaft das Porto für die Auskunft gleich dem Ersuchen beifügen. Daraus folgt aber nicht, daß die Kasse, wenn das Porto nicht beigefügt ist, die Auskunft unfrankiert absenden darf. Denn wenn § 117 RVO. von der Erstattung der aus der Rechtshilfe erwachsenden Auslagen handelt, so setzt er offenbar die Verauslagung als in der Rechtshilfepflicht inbegriffen voraus. Die Genossenschaft würde das unfrankiert eingehende Schreiben zurückweisen können, weil ihr durch die Annahme des Schreibens höhere Portokosten erwachsen würden. — Streitigkeiten über derartige Fragen sind durch die Aufsichtsbehörde des in Anspruch genommenen Versicherungsträgers zu entscheiden (Entsch. des RVA. 2744, Amtl. Nachr. 1914 S. 682).

Versicherungspflicht der in einem Wandertheater beschäftigten Personen.

8. **Nach Kaiserslautern.** Frage: Nach einer Mitteilung des bayer. Staatsministeriums des Innern vom 2. 2. 14 (Nr. 118 b. 17) hat der Reichskanzler auf eine Eingabe der Internationalen Artistenloge nachstehenden Bescheid erlassen, der unseres Wissens noch nicht veröffentlicht ist:

„Die §§ 459 bis 465 RVO. finden nur auf das Wandergewerbe im Sinne der §§ 55 ff. der Reichsgewerbeordnung Anwendung. Zum Wandergewerbe in diesem Sinne gehört aber nicht das Darbieten von Musikaufführungen, Schaustellungen, theatralischen Vorstellungen und sonstigen Lustbarkeiten, wenn dabei ein höheres Interesse der Kunst oder Wissenschaft obwaltet. Die in Betrieben dieser Art Beschäftigten unterliegen der Versicherung nach §§ 165 ff. RVO. Die Ausdehnung der Versicherung ist nach § 465 Abs. 2 RVO. nur auf die im § 59 der Gewerbeordnung bezeichneten Betriebe zulässig, die an sich zum Wandergewerbe gehören, zu deren Ausübung aber aus besonderen Gründen ein

Digitized by Google

Wandergewerbeschein nicht gefordert wird. Auf Personen, die in Betrieben zur Veranstaltung künstlerischer oder wissenschaftlicher Darbietungen beschäftigt werden, ist § 465 Abs. 2 RVO. nicht anwendbar." —

In einem hier anhängigen Streitverfahren haben wir uns auf den abweichenden Standpunkt von Hahn in Anm. 2 zu § 465 und ArbVers. 1914 S. 291 gestellt. Läßt sich dieser Standpunkt gegenüber dem mitgeteilten Bescheide noch halten?

Antwort: Auch uns war der Bescheid des Reichskanzlers bisher nicht bekannt. Die Abweichung von unserer erwähnten Auffassung besteht darin, daß wir, in Anlehnung an Hahn, die aus § 465 Abs. 2 RVO. zu entnehmende grundsätzliche Versicherungsfreiheit auf alle Betriebe im Umherziehen ohne Wandergewerbeschein bezogen, der Anführung des § 59 Gew. Ordg. im § 465 Abs. 2 RVO. keine erschöpfende Bedeutung beigemessen haben. Wir erkennen an, daß die Frage zweifelhaft ist. Die Begründung zu § 465 (S. 238) führt als Grund der Ausnahme in Abs. 2 die Schwierigkeiten an, welche die Versicherung der „von Gewerbetreibenden dieser Art Beschäftigten" beim Fehlen des Wandergewerbscheins verursachen würde. Das scheint doch zugunsten unserer ausdehnenden Auslegung, wonach § 465 Abs. 2 auch auf andere als die im § 59 erwähnten Betriebe ohne Wandergewerbschein, insbesondere also auch für Wandertheater und ähnliche Betriebe von künstlerischer oder wissenschaftlicher Bedeutung zu beziehen ist, zu sprechen. Die engere Auslegung des Reichskanzlers hat den Wortlaut, vor allem aber auch die Erwägung für sich, daß sie wohl einem offenkundigen Bedürfnis entspricht. Wir sind daher geneigt, dem Bescheide zu folgen.

Kosten der Irrenanstaltspflege, wenn die Kasse Pflege in einem Krankenhause bewilligt hatte.

9. **Nach Löbau.** Antwort: Die Kasse hatte sich mit der Aufnahme des erkrankten Versicherten in das Krankenhaus in Z. einverstanden erklärt. Wenn sich dort herausstellte, daß es sich um eine Geisteskrankheit handelte und die weitere Überführung des Versicherten in die Landesirrenanstalt erforderlich war, so durfte nach den Umständen des Falles die Krankenhausverwaltung sich wohl für ermächtigt halten, auch diese weitere Überführung und die Aufnahme in die Irrenanstalt für Rechnung der Kasse zu veranlassen. Es darf angenommen werden, daß die Kasse durch jene Einverständniserklärung die nach der Art der Krankheit geeignete, erforderliche Krankenhauspflege, also nötigenfalls auch die Irrenanstaltspflege, bewilligt hatte (zu vgl. Entsch. des hess. Verw. Ger. Hofs in ArbVers. 1908 S. 191 b). Wenn nun der Vater des Versicherten, als dessen Vertreter, zunächst die Kosten dieser Pflege verauslagt hat, so kann er dafür vollen Ersatz von der Kasse verlangen. Die Beschränkung des Ersatzes auf das in den §§ 1531 ff. RVO. ist jedenfalls ganz ungerechtfertigt, da die Anstaltspflege nicht vom Armenverbande gewährt worden ist.

Zum Begriffe des „Lehrlings".

10. **Nach Niedersedlitz.** Frage: Ist in folgenden Fällen ein nach § 165 RVO. versicherungspflichtiges Lehrlingsverhältnis anzunehmen?

a) Eine hiesige Gärtnerei beschäftigt mehrere ehemalige Offiziere unter der Bezeichnung „Siedler". Sie verfolgen lediglich nur den Zweck, sich einige Kenntnisse des Gärtnerberufs anzueignen, um dieselben dann bei einer evtl. Ansiedlung zu verwerten. Beschäftigungsdauer ein halbes Jahr.

b) Ehemalige Schüler, die ungefähr auf die Dauer eines Jahres zwecks Ausbildung sich praktisch in einer Gärtnerei betätigen, um später die Gärtnerei des Vaters, oder nach Ankauf einer solchen, bewirtschaften zu können.

Antwort: Mit Ihnen verneinen wir die Frage im Fall a, während wir sie im Falle b bejahen. Wir verweisen auf unsere Auskunft im Jahrg. 1916 S. 456. Im allgemeinen wird man unter einem Lehrling der Regel nach einen jüngeren Menschen zu verstehen haben, der erst in längerer Vorbereitung zum Gesellen heranreifen und zu späterer selbständiger Betätigung in einem bestimmten Berufe befähigt werden soll. Jene früheren Offiziere werden aber nicht für die Ausübung des Gärtnereiberufs vorbereitet, sondern haben einen umfassenderen Beruf vor Augen, für den sie sich nur auch „einige Kenntnisse" in der Gärtnerei aneignen wollen. Danach ist der Lehrlingsbegriff nicht erfüllt. Dagegen ist er erfüllt im Falle der Schüler, die sich nur dem Gärtnereiberufe zuwenden wollen und dafür praktisch vorbereitet werden sollen.

Einfluß der Errichtung einer Innungskrankenkasse auf schwebende Ansprüche der Versicherten.

11. **Nach Hamborn.** Antwort: Vom 1. Januar 1921, dem Tage des Inslebentretens der Innungskrankenkasse, ab gehörten die in den Betrieben der Innungsmitglieder „beschäftigten" Versicherungspflichtigen der Innungskrankenkasse an (§ 250 Abs. 2 RVO.), und mit Ablauf des 31. Dezember 1920 ist daher ihre Mitgliedschaft bei der Ortskrankenkasse erloschen (§ 312). Es vollzog sich also in diesem Zeitpunkt ein Übertritt der Versicherten zu einer anderen Kasse, infolgedessen diese, also die Innungskrankenkasse, denjenigen, die bisher von der Ortskrankenkasse Leistungen bezogen, die weitere Leistung nach ihrer Satzung zu gewähren hatte (§ 212). Das gilt auch für die in dem bezeichneten Zeitpunkte nicht nur kranken, sondern auch arbeitsunfähigen Versicherten, sofern nur das Beschäftigungsverhältnis bei den Innungsmitgliedern noch fortbestand. Hat gleichwohl die Ortskrankenkasse diesen Versicherten die weitere Leistung über den 31. 12. 20 gewährt, so hat sie gegen die Innungskrankenkasse Anspruch auf Ersatz der zu Unrecht gewährten Leistungen und kann diesen Anspruch nötigenfalls im Spruchverfahren vor dem Versicherungsamt geltend machen (§ 224 Abs. 2). War aber das Beschäftigungsverhältnis des Versicherten bei dem Innungsmitgliede am 1. 1. 21 bereits gelöst, so blieb selbstverständlich die Ortskrankenkasse weiter leistungspflichtig, und kommt eine Inanspruchnahme der Innungskrankenkasse nicht in Frage.

Wirkung einer Erhöhung des Krankenhaustarifs auf schwebende Fälle.

12. **Nach St.** Frage: Die hiesige Verwaltung des Vereinskrankenhauses hat die Pflegekosten mit Wirkung vom 1. 2. 1921 ab auf 15 ℳ pro Tag erhöht. Unsere Krankenkasse erhielt davon erst am 7. 3. 1921 Kenntnis und weigert sich deshalb, den erhöhten Satz für die Zeit vor diesem Tage zu zahlen. Vertragsverhältnis besteht nicht. Ist unsere Kasse zur Zahlung des erhöhten Betrages verpflichtet?

Antwort: Die Frage ist jedenfalls dann zu verneinen, wenn die Erhöhung des Pflegesatzes

Digitized by Google

vorher weder der Kasse besonders mitgeteilt, noch etwa in ortsüblicher Weise öffentlich bekannt gemacht war. Im übrigen verweisen wir auf ArbVers. 1920 S. 179 Ziff. 5 und die dort angeführten früheren Auskünfte.

Übergang von Ansprüchen aus dem Tumultgesetze auf die Krankenkasse.

13. **Nach Kattowitz.** Frage: Unsere Krankenkasse hat anläßlich der vorjährigen Polenputsche an eine ganze Reihe von Mitgliedern, die dabei durch Handgranaten, Gewehrschüsse und auf sonstige Weise schwer verletzt waren, zum Teil sehr erhebliche Fürsorgeaufwendungen machen müssen. Die Gemeinden haben fast ausnahmslos ihre Ersatzpflicht auf Grund des Tumultschadengesetzes abgelehnt, zum Teil mit der Begründung, daß die Verletzten durch eigenes Verschulden zu Schaden gekommen sind, zum Teil auf Grund der Behauptung, daß ortsfremde Personen Veranstalter der Putsche waren und die Gemeinde daher nicht zu haften habe. Sind rechtskräftige Urteile bekannt geworden, nach denen Gemeinden auf Grund des Tumultschadengesetzes zur Schadloshaltung von Krankenkassen für die ihren Mitgliedern gegenüber gemachten Aufwendungen verurteilt worden sind?

Antwort: Maßgebend ist das Gesetz vom 12. 5. 20 (RGBl. S. 941). Wir haben schon im Jahrg. 1920 S. 699 Ziff. 10 ausgeführt, daß ein nach diesem Gesetz begründeter Anspruch des Versicherten gegen die Gemeinde auf Schadenersatz nach näherer Vorschrift des § 1542 auf die Krankenkasse übergeht. Entscheidungen hierüber sind uns bisher nicht bekannt geworden. Wir können aber einen Zweifelsgrund hinsichtlich des Forderungsübergangs nicht finden, sofern nur die Voraussetzungen für die Entstehung des Anspruchs in der Person des Versicherten gegeben sind. In dieser Hinsicht ist bezüglich des Einwandes, daß die Verletzten den Schaden selbst verschuldet hätten, auf die nach § 5 des Gesetzes gebotene Anwendung des § 254 BGB. zu verweisen. Den Einwand, daß ortsfremde Personen Veranstalter der Putsche waren, halten wir für unbegründet; denn dieser Umstand schließt den im § 1 des Ges. vorausgesetzten „Zusammenhang mit inneren Unruhen" nicht aus.

Krankengeld neben Invalidenrente.

14. **Nach Cassel.** Antwort: Die Beziehungen zwischen Kranken- und Invalidenversicherung sind in den §§ 1518 bis 1521 RVO. erschöpfend geregelt. Daher kann die Krankenkasse für ihre satzungsmäßigen Leistungen keinen Ersatz aus der Invalidenrente beanspruchen. (Ebenso RVA. in den Amtl. Nachr. 1916 S. 803.) Der arbeitsunfähige Versicherte hat also das Krankengeld voll zu beanspruchen, auch wenn er infolge derselben Krankheit bereits für die Zeit, in der ihm jenes zusteht, Invalidenrente bezieht. Diese darf weder von der Kasse auf das Krankengeld angerechnet werden, noch hat die Versicherungsanstalt der Kasse Ersatz zu leisten (vgl. auch Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 9 zu § 182).

EINE ERNSTE MAHNUNG

Es ist eine der vornehmsten Pflichten des Menschen, seinen Angehörigen ein wohlbestelltes Haus zu hinterlassen. Unsern Lesern empfehlen wir eindringlich, sich rechtzeitig über die wirtschaftlichen Notwendigkeiten u. die rechtlichen Folgen zu vergewissern, die der Abschluß des Lebens mit sich bringt. In jedem Falle muß die Buchführung geordnet sein, nicht bloß des Kaufmanns, sondern auch des Handwerkers und Beamten; nicht allein des Mannes, sondern auch der Frau in ihrem kleineren Wirkungskreise. Geordnet und gesichert gegen Feuer und Diebstahl müssen auch alle wichtigen Papiere aufbewahrt werden. Noch in gesunden Tagen schreite man zur Errichtung eines Testaments. Gewissenhafte Aufklärung über alle diese Fragen findet man in dem Buche

DIE SCHULD DES LEBENS AN DEN TOD

Wirtschaftliche Ratschläge zum Lebensabschluß / von Amtsgerichtsrat M. Lühow

Aus reichem Erfahrungsschatz bietet in zwangslosem Plauderton ein mit den Nöten des Lebens vertrauter Richter hier eine Fülle wertvoller Belehrungen. Das nützliche Buch sollte in jeder Familie vorhanden sein. Man bestellt es durch Einzahlung von 3 Mark mittels einer blauen Postscheck-Zahlkarte auf das Postscheckkonto Berlin 21 190 für den Verlag „Gesetz und Recht" in Berlin-Lichterfelde. Die Zusendung erfolgt dann postfrei.

DER SCHRIFTLICHE VERKEHR und die REDEKUNST

NEUE AUFLAGE SOEBEN ERSCHIENEN

MONATLICH NUR 15 MARK

in jeder Lebenslage, verbunden mit eingehenden Erläuterungen der für den Schriftwechsel mit Gerichtsbehörden wichtigsten Rechtsgebiete und mit

orthographischem Wörterverzeichnis und Fremdwörterbuch.

Herausgegeb. v. Prof. L. Werner, bearb. v. Dr. jur. Gisod, W. Wilm, Gerichtsass. Dr. jur. Neuhaus. Preis in 2 sehr umfangreichen, hocheleganten Halbleinenbänden 120 M. einschl. Teuerungszuschlag

Durch dieses hervorragende Werk wird jedermann in bester und sicherster Weise befähigt:

1. seinen gesamten Schriftwechsel privater, geschäftlicher oder öffentlicher Natur (mit allen Behörden) sachlich und formell richtig und daher erfolgreich zu führen, wodurch er viel Zeit und Geld erspart.
2. bei Erledigung des Schriftwechsels aller Art die unzähligen Muster, Beispiele und Formulare vielfach ohne jede Veränderung zu benutzen;
3. sich gediegene Kenntnisse auf den für jedermann, insbesondere bei Erledigung des Schriftwechsels wichtigsten Rechtsgebieten zu verschaffen (die neuen Steuergesetze sind bis August 1920 berücksichtigt);
4. sich zu einem gewandten Redner in den Versammlungen (politischen, gemeinnützigen etc.), in der Familie, in Vereinen, Gesellschaften, an Gerichtsstelle usw. auszubilden.

Ich liefere Werner, „Der schriftliche Verkehr und die Redekunst" sofort in 2 starken Halbleinenbänden dauerhaft gebunden zum Preise von 120 M. einschließlich Teuerungszuschlag gegen Monatszahlungen von M. **15** (Zahlkarten kostenlos)

Karl Block, Buchhandlung, Berlin SW. 68

Kochstraße 9 — Postscheckkonto 207 49

Unterschrift gilt als Bestellung — Betrag folgt gleichzeitig — ist nachzunehmen — wird durch Monatszahlungen von 15 M. beglichen. Nichtgewünschtes gefl. streichen. Erfüllungsort Berlin.

Ort und Datum: .....

Name, Stand und Adresse: .....

Arbeiter-Versorgung

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Str. 12.
Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., in Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

Heft 1319 der ganzen Folge.

38. Jahrgang | 11. Juni 1921 | Heft 17

Die Auslösung von Unterstützungsansprüchen durch die Armenverbände.

Von Gustav Wasewitz, Bürovorsteher der Allgemeinen Ortskrankenkasse der Stadt Berlin.

Die Auskunft Nr. 10 der ArbVers. 1921 Heft 4 gibt Veranlassung, die Frage des Beginns und der Dauer der Leistungspflicht der Krankenkassen, unter besonderer Berücksichtigung der Ersatzansprüche der Armenverbände, näher zu erörtern.

Nach den Vorschriften der §§ 182, 183 RVO. haben die Krankenkassen ihren Mitgliedern als Krankenhilfe zu gewähren: erstens Krankenpflege vom Beginn der Krankheit ab, zweitens Krankengeld, wenn die Krankheit den Versicherten arbeitsunfähig macht. Die Krankenhilfe endet spätestens mit Ablauf der 26. Woche nach Beginn der Krankheit; wird jedoch das Krankengeld erst von einem späteren Tage ab bezogen, nach diesem. Für die Berechnung der Unterstützungsdauer ist nach allgemeiner Rechtsprechung nicht der Tag des Beginns der Krankheit und Arbeitsunfähigkeit, sondern derjenige Tag maßgebend, an welchem die erste Unterstützung stattgefunden hat. Die Bestimmung des Unterstützungsbeginns soll nach vorherrschender Meinung grundsätzlich dem Wahlrecht des Versicherten überlassen bleiben. Sucht der erkrankte Versicherte die Unterstützung erst später nach, so steht es demzufolge in seinem Belieben, die Berechnung der Unterstützungsdauer vom Beginn der Krankheit zu verlangen und die rückständigen Leistungen nachzufordern oder aber die Unterstützung nur für die Zukunft in Anspruch zu nehmen (vgl. Hahn, Anm. 2d und Hoffmann Anm. 4 zu § 183 sowie die neueren Entscheidungen des Bayr. LVA. vom 5. 7. 15 und des Sächs. LVA. vom 4. 11. 16). Diese besonders vom Preuß. OVG. ständig vertretene Rechtsauffassung veranlaßte bereits Hahn zu einer eingehenden Untersuchung ihrer praktischen Wirkung (ArbVers. 1908 S. 157). Unter grundsätzlicher Billigung dieser Rechtsauslegung kam Hahn zu dem Ergebnis, daß auch dem Wahlrecht des Versicherten eine gewisse Grenze gezogen werden müsse, daß wohl der Erkrankte das Recht habe, innerhalb der Mitgliedschaft den Beginn der Unterstützung nach freiem Belieben zu bestimmen, daß aber der letzte Tag des Versicherungsverhältnisses der späteste Anfangstermin für die Berechnung der Unterstützungsdauer sein muß. Diese Norm wollte Hahn auch zugrunde gelegt haben, wenn der Armenverband Ersatzansprüche erhebt wegen Unterstützungen, die er dem Versicherten nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses gewährt hat.

Und damit kommen wir zu dem Fall, welcher zu der eingangs angeführten Auskunft der ArbVers. Veranlassung gab; übrigens ein Fall, der sich recht häufig wiederholt. Ein Zeichner R. war bis zum 3. März 1920 auf Grund seines Arbeitsverhältnisses Kassenmitglied. Am 31. August, also nach beinahe sechs Monaten, wurde er auf Kosten

Digitized by Google

des Armenverbandes wegen Geisteskrankheit in eine Anstalt aufgenommen. Der Armenverband machte von diesem Tage ab Ersatzansprüche geltend, und zwar bis zum Ablauf der 26. Woche. Begründend führte der Armenverband dazu aus, daß R. seine Tätigkeit am 3. März wegen Krankheit einstellen mußte und bis zum Beginn der Anstaltsbehandlung krank und arbeitsunfähig gewesen sei. Da die Kasse dem Versicherten keine Leistungen gewährt hatte, hält sich der Armenverband für berechtigt, den Unterstützungsanspruch selbst auszulösen und den Beginn der Unterstützungsdauer aus eigenem Recht auf den 31. August zu verlegen. Die Schriftleitung der ArbVers. trat dieser Rechtsauffassung des Armenverbandes bei. Sie wies in ihrer Antwort darauf hin, daß der während seines Beschäftigungsverhältnisses erkrankte R. nach §§ 182, 183 Anspruch auf Kassenleistungen, insbesondere auf Krankengeld für 26 Wochen, hatte. Infolgedessen blieb er nach ihrer Auffassung gemäß § 311 Mitglied der Kasse und war noch Mitglied, als er am 31. August vom Armenverbande in die Heilanstalt aufgenommen wurde. Der Armenverband könne daher nach §§ 1531 ff. Ersatz seiner Aufwendungen aus dem Anspruch des R. verlangen und zwar vom Beginn der Anstaltsbehandlung ab für 26 Wochen, weil es dem Versicherten und folglich auch dem Armenverband freisteht, die Leistungen von einem späteren Zeitpunkt ab zu verlangen, solange die Kasse mit ihrer Unterstützung noch nicht begonnen hat.

Dieser Auslegung stehen doch recht erhebliche Bedenken entgegen, die ja auch Hahn schon zu der bereits angeführten Abhandlung über den Beginn der Unterstützungsdauer veranlaßten. Es muß zu unerträglichen, vom Gesetzgeber zweifellos nicht gewollten Zuständen führen, wenn Personen, die zu ihrer Kasse in gar keiner Beziehung mehr stehen, noch die Möglichkeit hätten, nach langer Zeit, vielleicht kurz vor Ablauf der Verjährungsfrist von zwei Jahren ihre Unterstützungsansprüche geltend zu machen und als Beginn der Unterstützungsdauer vielleicht den letzten Tag der Verjährungsfrist bestimmen könnten. Eine derartige Willkür würde — in größerem Umfange durchgeführt — nicht nur jede praktische Fürsorge der Krankenkassen unterbinden, sondern auch dem Geiste der Krankenversicherung widerstreben, deren Hauptwert in der schnell einsetzenden und zweckmäßigen Krankenhilfe liegt. Je schneller die Krankenhilfe einsetzt, desto besser für die Krankheitsheilung, für die Versicherten und für die Krankenkassen. Es wäre, sowohl vom Standpunkt der Versicherten als auch der Krankenkassen aus betrachtet, geradezu unsinnig, wollte man den aus der Kasse geschiedenen Versicherten grundsätzlich das Recht einräumen, nach beinahe zwei Jahren noch Ansprüche auf Krankenhilfe erheben zu können für einen Krankheitszustand, der sich inzwischen durch unkontrolliertes und unkontrollierbares Verhalten des Patienten wesentlich verschlimmert hat und nunmehr eine erheblich längere Krankenfürsorge und bedeutend höhere Aufwendungen erfordert. Selbstverständlich kann der Versicherte auf Grund der bestehenden gesetzlichen Bestimmungen nicht zur Inanspruchnahme der Krankenhilfe gezwungen werden; andererseits hat er aber neben seinen Rechten auch Pflichten gegenüber der Gesamtheit der Versicherten, die durch ihre Beiträge die Mittel zur Gewährung der Krankenhilfe aufbringen und in deren Interesse es liegt, Krankheiten rechtzeitig und schnell zu bekämpfen. Welchen Zweck hätten sonst wohl die Krankenordnungen, die den einzelnen Versicherten zur Erfüllung seiner Pflichten gegenüber den Gesamtversicherten anhalten sollen? Rechte und Pflichten der Kassenmitglieder sowie die Rechte und Pflichten der Versicherungsträger erheischen, daß — wie Hahn es fordert — der letzte Tag des versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses (Kassenmitgliedschaft) oder längstens der letzte Tag der Dreiwochenfrist des § 214 der späteste Tag des

Digitized by Google

Beginns der Unterstützungsdauer ist (vgl. auch Hahn, Anm. 2d, Schlußsatz, zu § 183). Das hätte zur Folge, daß der Versicherte bzw. der Armenverband nur Anspruch auf Kassenleistungen für eine Unterstützungsdauer erheben kann, die sich unmittelbar an den letzten Tag der Beschäftigung (Mitgliedschaft) bzw. den letzten Tag der Dreiwochenfrist des § 214 anschließt. In dem hier besprochenen typischen Falle würde demnach die Unterstützungspflicht der Kasse 26 Wochen nach dem 3. März 1920 ihr Ende erreicht haben, weil der Zeichner R. nachgewiesenermaßen an diesem Tage arbeitsunfähig erkrankt war. Mit Ablauf der 26. Woche erlosch dann auch der Ersatzanspruch des Armenverbandes.

Dieser automatisch einsetzende Fristenlauf hat den Vorzug, daß er dem Zwecke der Krankenversicherung dient, Versicherten und Versicherungsträgern keine Nachteile bringt und auch dem § 183 gerecht wird, nach dessen Vorschrift die Krankenhilfe spätestens mit Ablauf der 26. Woche nach Beginn der Krankheit bzw. Arbeitsunfähigkeit endet. Übrigens ist der automatische Fristenlauf in einem anderen Falle in ständiger Rechtsprechung und Literatur bereits anerkannt, nämlich dann, wenn der Versicherte Kassenleistungen in Anspruch nahm und trotz Fortbestehens der Heilbedürftigkeit oder Arbeitsunfähigkeit (vielleicht um der „Aussteuerung" zu entgehen) auf weitere Leistungen verzichtete (vgl. Hahn, Anm. 2d, Hoffmann Anm. 4 zu § 183 und die dort angeführten Entscheidungen). Das Reichsversicherungsamt hat in einer Rev. Entsch. vom 11. 2. 18, Amtl. Nachr. 1918 S. 339, den Grundsatz aufgestellt, daß das Krankengeld im Sinne des § 183 Abs. 1 Satz 1 nicht nur dann „bezogen" ist, wenn es tatsächlich gezahlt wurde, sondern auch dann, wenn es dem Versicherten rechtlich zustand. Führt die praktische Auslegung des § 183 zur Anerkennung eines automatischen Fristenlaufs nach Inanspruchnahme der Kassenleistungen, dann müssen dieselben praktischen Erwägungen auch zur Anerkennung einer Auslösung der Unterstützungsfrist durch das Ende der Kassenmitgliedschaft führen, wenn die Voraussetzungen, wie in dem hier behandelten Fall des Zeichners R., erfüllt sind.

Für diese Auslegung des § 183 sprechen aber noch andere Erwägungen. Die Gewährung der Krankenhilfe ist mit einer Reihe von Begleiterscheinungen verbunden, die nicht unbeachtet bleiben dürfen. Nach § 311 bleiben Arbeitsunfähige Mitglieder, solange die Kasse ihnen Leistungen zu gewähren hat. Demgemäß berechtigt die Mitgliedschaft aus § 311 noch zu einem weiteren Anspruch aus § 214 (vgl. RvEntsch. RVA. vom 25. 9. 15, Amtl. Nachr. 1916 S. 355) und zu einer Weiterversicherung gemäß § 313. Außerdem schreibt der § 383 vor, daß bei Arbeitsunfähigkeit für die Dauer der Krankenhilfe keine Beiträge zu entrichten sind.

Betrachten wir zuerst den § 311, dessen Anwendung ganz klar ist, wenn der arbeitsunfähig Erkrankte seinen Anspruch im Anschluß an die Kassenmitgliedschaft oder schon während derselben geltend gemacht hat. Wie gestaltet sich aber die Sachlage, wenn der arbeitsunfähig Kranke nicht sofort, sondern erst nach anderthalb Jahren Anspruch auf Kassenleistungen erhebt? Soll er bis zur Antragstellung als Mitglied gelten? Das ist doch unmöglich und kann schon deshalb nicht geschehen, weil die Kassen Krankenhilfe höchstens nur für ein Jahr gewähren dürfen (§ 187 Ziff. 1). Es würde selbst für den Fall, daß der Kranke die Unterstützung für einen zurückliegenden Zeitraum fordert, dann immer noch eine Zeitspanne von einem halben Jahr übrig bleiben, die eine Mitgliedschaft aus § 311 nicht herbeiführen kann, weil die Kasse für diese Zwischenzeit keine „Leistungen zu gewähren hat". Noch unmöglicher würde sich die Rechtslage stellen, wenn der Anspruch nach 1½ Jahren für die fernere Zeit geltend gemacht wird. Dann lägen sogar zwischen der eigentlichen Mitgliedschaft und dem Unterstützungsbeginn anderthalb Jahre, für welche die Kasse nunmehr keine Leistungen zu gewähren hätte

Digitized by Google

und die deshalb auch nicht als Mitgliedschaft im Sinne des § 311 gelten können.

Und nun versuche man unter Zugrundelegung dieser Beispiele eine Anwendung der §§ 214 und 313. Es ist doch rechtlich ganz ausgeschlossen, daß einem Versicherten, der beispielsweise am 31. Dezember 1920 arbeitsunfähig erkrankte, am 1. Juli 1922 seinen Anspruch auf Krankenhilfe geltend machte und daraufhin bis zum 31. Dezember 1922 unterstützt wurde, noch ein weiterer Unterstützungsanspruch aus § 214 eingeräumt oder die Weiterversicherung nach § 313 zugebilligt werden kann. Die Voraussetzung, eine vorhergehende Mitgliedschaft, fehlt doch völlig. Denn eine Mitgliedschaft bestand weder für die Zeit vom 31. 12. 20 bis 30. 6. 22, weil die Kasse infolge der späteren Unterstützung während dieser Zeit keine „Leistungen zu gewähren hatte" und noch viel weniger für die Zeit vom 1. Juli bis 31. Dezember 1922, weil sich dieser Zeitraum nicht an eine frühere Kassenmitgliedschaft anschloß und demzufolge überhaupt nicht als Mitgliedschaft im Sinne des § 311 gelten kann.

Ebenso setzt auch der § 383 einem willkürlichen Fristenlauf den größten Widerstand entgegen. Nach der Vorschrift des § 383 sind bei Arbeitsunfähigkeit für die Dauer der Krankenhilfe keine Beiträge zu entrichten. Literatur und Rechtsprechung nehmen die Beitragsfreiheit sogar schon für den Fall des Bestehens *eines Anspruchs* auf diese Krankenhilfe an, ganz gleich, ob dieser Anspruch geltend gemacht worden ist (vergl. *Hahn* Anm. 1, *Hoffmann* Anm. 3 zu § 383). Zweck des § 383 ist zweifellos, den Versicherten und Arbeitgeber von den Beitragspflichten zu entbinden, wenn die beitragspflichtige Mitgliedschaft durch eine Krankheit und Arbeitsunfähigkeit unterbrochen wurde. Gleichzeitig wollte der Gesetzgeber aber durch den Zusatz, „für die Dauer der Krankenhilfe" die Wirkungsdauer dieser Vorschrift auf einen bestimmten Zeitraum, der nicht über die satzungsgemäße Unterstützungsdauer hinausgeht, beschränken. Daraus ergibt sich zwingend, daß der § 383 nur dann praktische Anwendung finden und seinen Zweck erfüllen kann, wenn er mit Eintritt der Arbeitsunfähigkeit des Versicherten und Beginn seines Anspruchs auf Krankenhilfe, spätestens aber mit dem letzten Tage der beitragspflichtigen Mitgliedschaft in Kraft tritt. Wird dagegen dem Versicherten oder Armenverbande überlassen, den Beginn der Unterstützungsdauer innerhalb der Verjährungsfrist willkürlich zu bestimmen, dann wird dadurch der Zweck des § 383 völlig aufgehoben. Das zeigt sich am besten wieder an dem hier besprochenen Fall des Zeichners R. Die willkürliche Auslösung der Unterstützungsfrist durch den Armenverband hätte zur Folge, daß der § 383 für die Zeit vom 3. März bis 30. August außer Anwendung bleiben müßte, weil — wenn die Kasse erst vom letztgenannten Tage ab in Anspruch genommen wird — für diesen Zeitraum weder Krankenhilfe gewährt wurde, noch ein Anspruch auf Kassenleistungen bestand. Die weitere Folge wäre, daß der Arbeitgeber, der im Hinblick auf den § 383 und infolge des ungelösten Beschäftigungsverhältnisses die Abmeldung unterlassen hatte, für beinahe sechs Monate die Kassenbeiträge gemäß § 397 nachzahlen müßte und nicht einmal den Arbeitnehmer anteilig dazu heranziehen könnte. Das würde natürlich Sinn und Zweck des § 383 vollständig verwischen.

Aber noch weiter. Abgesehen davon, daß der Anspruch des Armenverbandes nur mit Zustimmung des Versicherten geltend gemacht werden darf (Entsch. des RVA. vom 23. 3. 14, Amtl. Nachr. 1914 S. 634, sowie vom 16. 10. 16, Amtl. Nachr. 1916 S. 806), bestehen die Ansprüche des Versicherten und Armenverbandes nebeneinander. Der Armenverband kann nicht willkürlich den Beginn der Unterstützungsdauer bestimmen und dadurch den Anspruch des Versicherten für einen früheren Zeitraum zunichte machen. Denn der Anspruch des Armenverbandes beruht nur auf dem Anspruch des Versicherten. Leistet die Kasse dem Armenverbande Ersatz für eine von ihm bestimmte Unterstützungs-

Digitized by Google

dauer, dann läuft sie Gefahr, daß der Versicherte später noch seine Ansprüche für die zurückliegende Zwischenzeit geltend macht und sie doppelt unterstützen muß. Dieser Gefahr braucht sie sich nicht auszusetzen. Anderseits kommt auch der Armenverband voll zu seinem Recht, wenn er von den Bestimmungen der §§ 1506, 1507 Gebrauch macht und auf die seinem Zugriff unterliegenden rückständigen Barleistungen zurückgreift. Das setzt aber wieder voraus, daß auch der Anspruch des Versicherten unter gewissen Voraussetzungen feststeht. Dem Recht des Versicherten (und damit auch des Armenverbandes) zur Bestimmung des Unterstützungsbeginns müssen aus all den angeführten Gründen diejenigen Grenzen gezogen werden, die Hahn bereits für die Anwendung der Vorschriften des Krankenversicherungsgesetzes verlangte. Und was für das alte Recht schon zutraf, ist auch, wie vorstehende Ausführungen erkennen lassen, für die Reichsversicherungsordnung zu fordern: der späteste Tag des Beginns der Unterstützungsdauer muß sich an den letzten Tag der Beschäftigung (Mitgliedschaft) oder der Dreiwochenfrist des § 214 anschließen. Die äußerste Dauer des Anspruchs des Versicherten wie des Armenverbandes erhält dadurch ihren natürlichen Abschluß.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Einreihung Weiterversicherter bei Änderung der Lohnstufeneinteilung.

Entscheidung des Versicherungsamts Werdau vom 3. März 1921.

Der Antragsteller, damals städtischer Angestellter, war versicherungspflichtiges Mitglied der Ortskrankenkasse Werdau. Am 15. 2. 1919 wurde er pensionsberechtigter Beamter und damit versicherungsfrei (§ 169 RVO.). Er setzte aber freiwillig die Versicherung fort (§ 313 RVO.), indem er erklärte, die Versicherung in Klasse IIa, der die versicherungspflichtigen Mitglieder mit einem Wochenverdienst von 7,02 bis 9 ℳ angehörten, fortsetzen zu wollen. Diese Erklärung gab er nur einem nicht zur Vertretung des Vorstandes berechtigten Angestellten der Kasse gegenüber ab, der ihn daraufhin in diese Klasse einreihte. Eine nachträgliche Zustimmung des Vorstandes erfolgte nicht.

Der Antragsteller hatte damals einen Wochenverdienst von 48 ℳ und hätte demnach, wenn er versicherungspflichtiges Mitglied gewesen wäre, der Klasse Vb angehört.

In der Folgezeit wurden nun mehrfach die Lohnklassen mit Rücksicht auf die veränderten Geldverhältnisse neu eingeteilt. Zuletzt mit Wirkung vom 3. 1. 1921. In dieser Einteilung gehören die Versicherungspflichtigen bei einem Wochenverdienst von 1 bis 18 ℳ zur Stufe 1, von 42,01 bis 54 ℳ zur Stufe 4, von 78,01 bis 96 ℳ zur Stufe 7.

Der Antragsteller hat zur Zeit einen Wochenverdienst von rund 275 ℳ. Die Kasse hat ihn nach Klasse VII eingereiht. Der Antragsteller erklärte sich bereit, Beiträge nach Klasse V zu leisten und beantragte, daß er in eine niedere Klasse als Klasse VII, und zwar höchstens Klasse V eingereiht werde. Die Kasse widersprach und beantragte, festzustellen, daß der Antragsteller nur nach Klasse VII weiterversicherungsberechtigt sei.

Das Versicherungsamt entschied, daß der Antragsteller zur Klasse IV gehöre. — Gründe:

Der Antragsteller ist nach § 313 Abs. 1 Satz 1 RVO. in der damaligen Klasse Vb weiterversicherungsberechtigt gewesen. Sein beabsichtigter Übertritt in die niedere Klasse IIa ist nicht rechtswirksam erfolgt, da seine Erklärung nicht die nach § 313 Abs. 1 Satz 2 in Verbindung mit der Verordnung vom 22. 11. 1918 notwendige Zustimmung des Vorstandes der Kasse gefunden hat. An Stelle der damaligen Klasse Vb ist nun in der neuen Einteilung vom 3. 1. 1921 die Klasse IV getreten.

Zu einer Einreihung in eine höhere Klasse, etwa deshalb, weil infolge der allgemeinen Lohnerhöhungen die einst in Klasse IV Versicherten jetzt mindestens der Klasse VII angehören, fehlt jede gesetzliche Grundlage. Auch ist der Krankenkasse nicht etwa durch die Verordnung vom 22. 11. 1918 die Befugnis erteilt worden, selbständig über die Einreihung der Weiterversicherten zu verfügen. Aber auch der Antragsteller kann nicht freiwillig in eine höhere Klasse übertreten, seine Erklärung, in der Klasse V weiterversichern zu wollen, ist unwirksam. Der Antragsteller ist also in Klasse IV der Einteilung weiterversicherungsberechtigt.

Nachtrag zum Verzeichnis der vom Reichsversicherungsamt auf Grund des § 514 Abs. 1 RVO. zugelassenen Ersatzkassen.

(Amtl. Nachr. 1921 S. 163.)

Nr. 50. Die in dem Verzeichnis der Amtlichen Nachrichten des Reichsversicherungsamts 1914 S. 810 unter Nr. 50 aufgeführte Kranken- und Sterbekasse „Volksverein“ in Osnabrück (Ersatzkasse) hat ihre

Digitized by Google

Eigenschaft als Ersatzkasse mit dem 1. April 1920 aufgegeben. Die ihr erteilte Bescheinigung als Ersatzkasse ist daher gemäß § 516 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung widerrufen worden.

Nr. 43. Die in dem Verzeichnis der Amtlichen Nachrichten des Reichsversicherungsamts 1914 S. 810 unter Nr. 43 aufgeführte Gemeinnützige Kranken- und Sterbekasse (Ersatzkasse) in Altona ist am 1. Oktober 1920 aufgelöst, die ihr erteilte Bescheinigung als Ersatzkasse daher gemäß § 516 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung widerrufen worden.

Nr. 11. Die in dem Verzeichnis der Amtlichen Nachrichten des Reichsversicherungsamts 1914 S. 810 unter Nr. 11 aufgeführte Ersatzkasse hat ihren Namen wie folgt geändert:

„Kranken- und Begräbniskasse des Verbandes der Rechtsanwalts- und Notariatsangestellten, Sitz Leipzig, Ersatzkasse."

In dem Verzeichnis der Amtlichen Nachrichten des Reichsversicherungsamts 1915 S. 345 Nr. 6 ist der Name gleichfalls zu ändern.

Nr. 14. Die in dem Verzeichnis der Amtlichen Nachrichten des Reichsversicherungsamts 1914 S. 810 unter Nr. 14 aufgeführte Allgemeine Kranken- und Sterbekasse für gewerbliche und andere Arbeiter (Ersatzkasse) in Tambach-Dietharz hat ihre Eigenschaft als Ersatzkasse mit dem 1. Januar 1921 aufgegeben. Die ihr erteilte Bescheinigung als Ersatzkasse ist daher gemäß § 516 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung widerrufen worden.

Nr. 18. Die im Verzeichnis der Amtlichen Nachrichten des Reichsversicherungsamts 1914 S. 810 unter Nr. 18 aufgeführte Allgemeine Kranken- und Sterbekasse „Verein der Stuhlmacher", Ersatzkasse, in Hamburg ist am 1. April 1920 aufgelöst. Die ihr erteilte Bescheinigung als Ersatzkasse ist daher gemäß § 516 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung widerrufen worden.

Nr. 64. Die im Verzeichnis der Amtlichen Nachrichten des Reichsversicherungsamts 1914 S. 810 unter Nr. 64 aufgeführte Ersatzkasse hat ihren Namen wie folgt geändert:

„Zieglerkrankenkasse, Ersatzkasse, Blomberg".

Die im Verzeichnis unter Nr. 27, 29, 36, 37, 40, 48, 49, 53 und 55 aufgeführten Ersatzkassen, nämlich:

Nr. 27 die Unterstützungskasse des Zieglervereins Stemmen in Stemmen,
Nr. 29 die Ziegler-Kranken- und Unterstützungskasse in Hastenbeck,
Nr. 36 die Unterstützungskasse des Zieglervereins in Großenmarpe,
Nr. 37 die Ziegler-Kranken- und Unterstützungskasse in Leopoldshöhe,
Nr. 40 die Unterstützungskasse des Zieglervereins in Schlangen,
Nr. 48 die Unterstützungskasse des Lippischen Zieglervereins Lieme in Lippe,
Nr. 49 die Ziegler-Kranken- und Unterstützungskasse zu Heidenoldendorf-Hiddesen,
Nr. 53 die Unterstützungskasse des Lippischen Zieglervereins für Lüdenhausen und Umgegend in Lüdenhausen,
Nr. 55 die Unterstützungskasse des Bösingfelder Zieglervereins in Bösingfeld

haben sich aufgelöst. Die ihnen erteilten Bescheinigungen als Ersatzkassen sind daher gemäß § 516 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung widerrufen worden.

B. Zur Unfallversicherung.

Ruhen der Rente wegen Aufenthalt in dem an Polen abgetretenen Gebiet.

Rek. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 11. Januar 1921 (Ia 2606/20).

Die Witwe J. bezog aus Anlaß des infolge Unfalles eingetretenen Todes ihres Ehemannes eine Hinterbliebenenrente. Kurze Zeit nach dem Tode ihres Ehemannes war sie zu ihren Eltern nach Gollantsch verzogen. Der Ort gehört zu den durch den Friedensvertrag endgültig an Polen abgetretenen Gebieten. Die Knappschafts-Berufsgenossenschaft stellte daher nach Inkrafttreten des Friedensvertrages gemäß § 615 Abs. 1 Nr. 3 RVO. die Rentenzahlung ein, weil die Witwe J. Ausländerin geworden sei und sich gewöhnlich freiwillig im Auslande aufhalte. Die Frau legte ohne Erfolg Berufung ein. Auch ihr Rekurs wurde abgewiesen aus folgenden Gründen:

Das Oberversicherungsamt ist zutreffend davon ausgegangen, daß die Klägerin nach Art. 91 des Friedensvertrages als Ausländerin im Sinne des § 615 Abs. 1 Nr. 3 RVO. anzusehen ist. Sie gehört zu denjenigen im Abs. 1 des Art. 91 bezeichneten deutschen Bewohnern des endgültig an Polen abgetretenen Gebietes, die mit der Abtretung von Rechts wegen die polnische Staatsangehörigkeit unter Verlust der deutschen erworben haben. Da sie sich bereits im Jahre 1893 in dem abgetretenen Gebiete niedergelassen hat, so findet auf sie die Vorschrift des Abs. 2 des Art. 91, daß deutsche Reichsangehörige und ihre Nachkommen, die sich nach dem 1. Januar 1908 in jenen Gebieten niedergelassen haben, die polnische Staatsangehörigkeit nur mit besonderer Ermächtigung des polnischen Staates erwerben können, keine Anwendung. Allerdings steht ihr nach Abs. 3 a. a. O. die Befugnis zu, innerhalb zweier Jahre nach Inkrafttreten des Friedensvertrages, also innerhalb eines noch nicht abgelaufenen Zeitraums, für die deutsche Reichsangehörigkeit zu optieren. Trotzdem hat sie vorerst als Ausländerin im Sinne des § 615 der RVO. zu gelten. Denn dies Optionsrecht gewährt den ehemaligen Deutschen nur das unentziehbare subjektive öffentliche Recht auf Wiedererwerb der deutschen Reichsangehörigkeit. Sie verlieren die polnische Staatsangehörigkeit mit Ausübung des Optionsrechts, nicht etwa bleiben sie Deutsche bis zum Ablaufe der Optionsfrist. Diese Auslegung ist nicht nur mit Rücksicht auf den klaren Wortlaut des Art. 91 Abs. 1 des Friedensvertrages geboten, sondern entspricht auch dem Wesen des Optionsrechts, das an die durch das völkerrechtliche Schicksal des abgetretenen Gebietes bedingte ver-

Digitized by Google

änderte Staatsangehörigkeit anknüpft und nur aus Billigkeitsgründen den betroffenen Einwohnern die Möglichkeit gewähren will, die Staatsangehörigkeit ihres früheren Staates ohne privat- oder öffentlichrechtliche Nachteile wiederzugewinnen. Die eine Voraussetzung des § 615 Abs. 1 Ziff. 3 der RVO., wonach die Rente ruht, wenn der Berechtigte ein Ausländer ist, ist somit gegeben.

Zu Unrecht bestreitet die Klägerin das Vorliegen der zweiten Voraussetzung des Gesetzes, daß sie sich „freiwillig" gewöhnlich im Auslande aufhalte. Das RVA. trägt zwar keine Bedenken, den Angaben des Bevollmächtigten der Klägerin, wonach sie eine arme Frau ist, der die Mittel zu einer Übersiedlung nach Deutschland fehlen, in vollem Umfange Glauben zu schenken. Aber damit sind die Voraussetzungen eines unfreiwilligen Aufenthaltes im Sinne des Gesetzes noch nicht nachgewiesen. Zum Begriffe der Unfreiwilligkeit gehört, daß der Berechtigte durch Umstände, die von seinem Willen unabhängig sind, verhindert wird, den Aufenthalt in Deutschland zu nehmen. Ob er aus wirtschaftlichen Gründen überhaupt in der Lage wäre, einen Wohnsitz in Deutschland zu begründen, ist eine Frage, die erst aufgeworfen werden kann, wenn die Absicht einer Wohnsitzveränderung tatsächlich besteht. Von einer solchen Absicht kann aber vorliegend nach der Überzeugung des RVA. im Ernste nicht die Rede sein, und die Rekursbegründung ergibt auch nicht etwas anderes. Die Klägerin wohnt ununterbrochen nahezu seit einem Menschenalter in ihrer alten Heimat. Es ist nicht einzusehen, aus welchen Beweggründen sie, auch abgesehen von ihrer bedrängten wirtschaftlichen Lage, daran denken sollte, ihren Wohnsitz nach einem anderen Orte zu verlegen und die Heimat, mit der sie durch fast dreißigjährige Beziehungen eng verknüpft ist, zu verlassen. Die Aussicht auf den ungestörten Fortbezug der verhältnismäßig nicht erheblichen Rente würde einen derartigen Schritt nicht rechtfertigen. Von diesem Standpunkt aus muß der Wohnsitz der Klägerin in Polen als ein freiwilliger angesehen werden. Es mag nach den Umständen des Falles bedauerlich sein, daß die Klägerin, solange sie tatsächlich in Golancz wohnt, nicht berechtigt ist, auf der Weiterzahlung der Rente zu bestehen. Aber dies ist eine Folge des Gesetzes, und die Gerichte, die lediglich das Gesetz anzuwenden haben, sind nicht in der Lage, derartige Härten abzuhelfen. Aus diesen Gründen war dem Rekurse der Erfolg zu versagen. („Kompaß".)

Anm.: Zu vgl. unsere Äußerungen im „Sprechsaal" 1920 S. 709 und 1921 S. 70.

Zur berufsgenossenschaftlichen Zugehörigkeit der sogenannten „Überzähligen" bei Dampfmaschinen-Lohndrescherei.

Rek. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** (9. Sen.) vom 13. November 1920.

. . . . Die Entscheidung über die Entschädigungspflicht hängt davon ab, ob die bei der Drescharbeit auf dem Hofe der Witwe B. beschäftigten „Überzähligen", zu denen der verunglückte Arbeiter H. gehörte, als Arbeiter der Witwe B. oder als Arbeiter des Dampfdreschmaschinenbesitzers S. anzusehen sind. Im ersten Falle würde ihre Tätigkeit dem landwirtschaftlichen Betriebe der Witwe B. zuzurechnen und die Hessen-Nassauische landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft, bei welcher der Betrieb versichert ist, entschädigungspflichtig sein; im zweiten Falle würde es sich um eine Arbeit im Lohndreschereibetriebe des S. handeln und die für diesen Betrieb zuständige Süddeutsche Eisen- und Stahl-Berufsgenossenschaft für den Unfall aufzukommen haben. Die Erfahrungen in zahlreichen gleichartigen Fällen lehren, daß der Unternehmer des Dreschmaschinenbetriebs in der Regel nur das eigentliche Maschinenpersonal, Heizer, Schmierer, Einleger, stellt, während die Beschaffung der übrigen Hilfskräfte, der Zureicher, Garbenbinder usw., dem Landwirte obliegt, bei dem gerade gedroschen wird. Dieser verwendet dazu in erster Reihe seine eigenen Leute oder zieht auch hilfsbereite Nachbarn zur Mitarbeit heran. Steht ihm keine genügende Anzahl solcher Hilfskräfte zur Verfügung, so ist er auf die „Überzähligen" angewiesen. Wenn daher der Unternehmer des Dreschmaschinenbetriebs solche Leute die Dreschmaschine zu begleiten und sich zur Arbeit zur Verfügung zu stellen heißt, und wenn er sie im einzelnen Falle nach Ortsgebrauch ohne ausdrückliche Vereinbarung mit dem Landwirt in die Arbeit einstellt, die Auszahlung der Löhne und die Anmeldung zur Kranken- und Invalidenversicherung besorgt, so tut er das in Geschäftsführung für den Landwirt, dem es an ausreichendem Personal fehlt und dem deshalb die Hilfeleistung dieser Leute zum Vorteil gereicht. Nicht er, sondern der Landwirt ist also der Arbeitgeber. Zu einer anderen Beurteilung bieten auch die Verhältnisse des vorliegenden Falles keinen Anlaß. Insbesondere läßt hier die Tatsache, daß der Dreschmaschinenbesitzer für den Druschlohn, den er erhielt, nur den Heizer, den Schmierer und den Einleger zu stellen hatte, während die Löhne der „Überzähligen" von der landwirtschaftlichen Betriebsunternehmerin besonders gezahlt wurden, erkennen, daß diese Leute nicht dem auf seine Rechnung gehenden Dreschmaschinenbetriebe zugehörten und er lediglich ihre Einstellung zur Arbeit in den landwirtschaftlichen Betrieb und die Auszahlung der Löhne vermittelt hat. Hiernach rechtfertigt es sich, die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft für entschädigungspflichtig zu erklären.

Digitized by Google

C. Zur Angestelltenversicherung.

Grundsätzliche Entscheidungen des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung.

(„Angestelltenversicherung" 1921 Nr. 4 S. 54 ff).

Nr. 455. Die Versicherungsfreiheit einer zweifellos nur für die Dauer des Krieges angenommenen, an sich versicherungspflichtigen Beschäftigung einer Ehefrau (zu vgl. Bekanntmachung vom 30. September 1916 — RGBl. S. 1097) wird dadurch nicht aufgehoben, daß sie infolge eines von ihrem Willen unabhängigen, äußeren Ereignisses, z. B. des Todes ihres Ehemannes, ihre nunmehr versicherungspflichtige Beschäftigung fortsetzt.

Nr. 456. Der Antrag auf Erstattung der Beiträge aus § 62 des Versicherungsgesetzes für Angestellte wird dadurch nicht ausgeschlossen, daß durch eine nachträgliche Gehaltserhöhung mit rückwirkender Kraft für die Zeit vor dem Ausscheiden eine Überschreitung der gesetzlichen Versicherungsgrenze (§ 1 Abs. 3 a. a. O.) herbeigeführt wird.

Nr. 457. Die durch § 9 des Versicherungsgesetzes für Angestellte bestimmte Versicherungsfreiheit erstreckt sich auch auf nebenhergehende Beschäftigungsverhältnisse, wenn der Schwerpunkt der wirtschaftlichen Stellung in der unter § 9 fallenden Tätigkeit liegt.

Nr. 458. Die Oberwäscherin eines Universitätskrankenhauses, die unter Aufsicht des Verwaltungsinspektors den Betrieb des Waschhauses, der Plätt-, Roll- und Nähstube zu leiten, daneben aber körperlich mitzuarbeiten hat, ist nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte, auch wenn ihr mehrere Waschmädchen und Flickfrauen unterstellt sind.

Nr. 459. Gegenüber dem Anspruch auf Erstattung von Beiträgen (§ 62 des Versicherungsgesetzes für Angestellte) ist die Aufrechnung mit den Kosten eines von der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte gewährten Heilverfahrens nicht zulässig.

Verjährung der Rückforderung von Beiträgen; Verhältnis des § 209 Abs. 2 zu § 328 Abs. 2 Angest. Vers. Gesetz.

Beschluß des **Oberschiedsgerichts für AngestVers.** vom 26. Oktober 1920 (P. 119/20).

§ 209 AngestVersGes. entspricht, mit den durch die Eigenart der Angestelltenversicherung gegebenen Änderungen, wörtlich dem § 1446 RVO. Da die Materialien zum Versicherungsgesetz für Angestellte über die Tragweite des § 209 und insbesondere über die zur Entscheidung stehende Streitfrage nichts Wesentliches ergeben, sondern nur auf die entsprechenden Vorschriften der Arbeiterversicherung Bezug nehmen, so wird hinsichtlich des Inhalts und Zweckes des § 209 auf die entsprechende Vorschrift des § 1446 RVO. zurückgegangen werden müssen. § 1446 RVO. enthält gegenüber dem Recht des Invalidenversicherungsgesetzes vom 13. Juli 1899 eine neue Vorschrift und erhebt den bereits früher in der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts aufgestellten Grundsatz zur gesetzlichen Norm, daß irrtümlich als Pflichtmarken verwendete Beitragsmarken für die freiwillige Weiterversicherung angerechnet werden können, sofern der Wille bestanden hat, die Marken zu Zwecken der Versicherung überhaupt zu verwenden, und kein Rückforderungsrecht geltend gemacht wird. Dabei wird dieser Grundsatz vom Gesetzgeber — in Abweichung von der seitherigen Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts — gleichzeitig auch dafür anwendbar erklärt, wo statt Pflichtversicherung Selbstversicherung in Betracht kommt (zu vgl. Begr. zu § 1428 des Entw. der RVO. — § 1446 des Gesetzes — S. 430 ff.). Hinsichtlich des Rückforderungsrechts enthält § 1446 Abs. 2 RVO. die dem § 209 Abs. 2 AngestVersGes. entsprechende Vorschrift. Damit wird die Regel des § 29 Abs. 2 RVO. durchbrochen, wonach der Anspruch auf Rückerstattung von Beiträgen — entsprechend wie in § 328 Abs. 2 AngestVersGes. — grundsätzlich in 6 Monaten nach Ablauf des Kalenderjahrs der Entrichtung verjährt. Auch auf dem Gebiete der Invalidenversicherung war nun die Streitfrage entstanden, ob der Anspruch auf Rückerstattung irrtümlich geleisteter freiwilliger Beiträge der sechsmonatigen Verjährung des § 29 Abs. 2 RVO. oder der zehnjährigen Verjährung des § 1446 Abs. 2 RVO. unterliegt. Das Reichsversicherungsamt hat in einer als grundsätzlich bezeichneten Entsch. vom 20. 2. 1915 (zu vgl. Entsch. 1998, Amtl. Nachr. 1915 S. 442) sich dahin ausgesprochen, daß der Zusatz in § 29 Abs. 2 RVO. „vorbehaltlich des § 1446 Abs. 2" sich lediglich auf Beiträge bezieht, die in der irrtümlichen Annahme der Versicherungspflicht entrichtet sind, und daß mithin der Einwand der Verjährung nach § 29 Abs. 2 RVO. gegenüber dem Anspruch auf Rückerstattung zu Unrecht geleisteter Weiterversicherungsbeiträge auch dann durchgreift, wenn der Versicherte die Ungültigkeit der Beiträge erst nach Ablauf der sechsmonatigen Verjährungsfrist erfahren hat. In der Begr. dieser Entsch. wird ausgeführt, daß § 1446 Abs. 2 RVO. zwar unter der Überschrift „Irrtümlich geleistete Beiträge" stehe, sich aber, wie aus dem Zusammenhang mit Abs. 1 und Abs. 3 daselbst ohne jeden Zweifel hervorgehe und sich auch aus der Begründung ergebe, ausschließlich auf Beiträge beziehe, die in der irrtümlichen Annahme der Versicherungspflicht entrichtet worden sind, also nicht auch auf solche, welche zum Zwecke der freiwilligen Weiterversicherung geleistet sind. An diesem Standpunkt hat das Reichsversicherungsamt auch in späteren Entscheidungen festgehalten. Er muß auch für das Gebiet der Angestelltenversicherung sinngemäß Anwendung finden. Der Umstand, daß bei der Invalidenversicherung — im Gegensatz zur Angestelltenversicherung — das Recht zur Weiterversicherung auch durch Selbstversicherung erworben werden kann, begründet keine andere Beurteilung, soweit

Digitized by Google

das Recht der Weiterversicherung aus vorhergehender Pflichtversicherung hergeleitet wird. Auch auf dem Gebiete der Angestelltenversicherung muß danach, bei dem klaren Wortlaut des § 209 Abs. 1 AngestVersGes., insbesondere der Gegenüberstellung der Begriffe „Versicherungspflicht" und „freiwillige Weiterversicherung", angenommen werden, daß diese Vorschrift sich nur auf irrtümlich entrichtete Pflichtbeiträge bezieht. Ebenso können bei dem engen Zusammenhang, in welchem Abs. 2 und Abs. 3 zu Abs. 1 des § 209 stehen, unter den in den beiden letzten Absätzen behandelten „Beiträgen" nur die in Abs. 1 bezeichneten Pflichtbeiträge verstanden werden. Allerdings ist nicht zu verkennen, daß die Besserstellung derjenigen Personen, die sich irrtümlich für pflichtversichert gehalten haben, gegenüber denjenigen, die in der irrigen Annahme der Berechtigung zur Weiterversicherung Beiträge entrichtet haben, unter Umständen zu Unbilligkeiten führen kann, namentlich dann, wenn, wie hier, der Versicherte erst nach Ablauf der sechsmonatigen Verjährungsfrist von dem Irrtum hinsichtlich seiner Berechtigung zur Weiterversicherung Kenntnis erlangt. Diese Erwägungen können aber gegenüber dem Wortlaut des Gesetzes keine abweichende Beurteilung rechtfertigen. Offenbar hat der Gesetzgeber denjenigen, der auf Grund einer vermeintlichen gesetzlichen Verpflichtung zur Beitragsleistung Beiträge entrichtet hat, hinsichtlich des Rückforderungsanspruchs besserstellen wollen als den freiwillig Weiterversicherten, der lediglich über ein seiner freien Entschließung unterstehendes Recht im Irrtum befangen war. Ist hiernach aber § 209 Abs. 2 AngestVersGes. lediglich auf irrtümlich entrichtete Pflichtbeiträge anwendbar, so stellt er eine Ausnahmevorschrift dar gegenüber der in § 228 Abs. 2 a. a. O. gegebenen allgemeinen Verjährungsvorschrift und kann, wie der Rentenausschuß in der angefochtenen Entscheidung zutreffend hervorhebt, auch als solche nur eng ausgelegt und jedenfalls in seinem Wirkungskreis nicht erweitert werden.

D. Zur Militärversorgung.

Ärztlicher Reichstarif für das Versorgungswesen.

Erlaß des **Reichsarbeitsministers** vom 9. April 1921.

1. Nach § 8 Abs. 6 des Reichsversorgungsgesetzes vom 12. Mai 1920 (RVG.) bedürfen besondere Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Ärzten zur Sicherstellung der ärztlichen Behandlung, die den Krankenkassen nur nach diesem Gesetz obliegt, der Zustimmung des Reichsarbeitsministers.

2. Zwischen einerseits
- dem Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen,
- dem Verbande zur Wahrung der Interessen der deutschen Betriebskrankenkassen,
- dem Allgemeinen Verbande deutscher Landkrankenkassen,
- dem Gesamtverbande der Krankenkassen Deutschlands,
- dem Verbande deutscher Innungskrankenkassen,
- dem Verbande der Ersatzkassen Deutschlands,
- dem Verbande kaufmännischer Ersatzkassen,
- dem Allgemeinen Knappschaftsverein,

und anderseits
- dem deutschen Ärztevereinsbunde,
- dem Verbande der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen (Leipziger Verband)

sind nachstehende „Vertrags- und Tarif-Vereinbarungen über die Mitwirkung der Ärzte bei der den Krankenkassen gemäß dem Reichsversorgungsgesetz vom 12. Mai 1920 obliegenden Heilbehandlung" (Ärztlicher Reichstarif für das Versorgungswesen) getroffen worden*).

3. Die Krankenkassen überreichen innerhalb zwei Wochen nach Abschluß einer für einen bestimmten Bezirk getroffenen Vereinbarung dem zuständigen Versorgungsamt, ärztliche Abteilung, eine Abschrift der Vereinbarung in doppelter Ausfertigung.

4. Vereinbarungen im Rahmen des Reichstarifs können von den Versorgungsämtern genehmigt werden. Andere Vereinbarungen bedürfen meiner Zustimmung. Sie wird für höhere Gebühren als die des Teiles II nicht erteilt, wenn nicht einwandsfrei begründete besondere Ausnahmefälle vorliegen.

5. Mit dem Deutschen Ärztevereinsbunde und dem Leipziger Verbande ist vereinbart worden, den Reichstarif auch da anzuwenden, wo nicht beamtete oder nicht durch Vertrag verpflichtete Ärzte unmittelbar von Versorgungsbehörden mit Untersuchungen, Begutachtungen oder Behandlungen beauftragt werden.

---

*) Die „Vertrags- und Tarifvereinbarungen" sind vollständig abgedruckt im „Reichsversorgungsblatt" Jahrg. 3, Heft 28. Dieses Heft ist zum Preise von 1,90 ℳ für das Stück durch die Verlagsbuchhandlung E. S. Mittler & Sohn, Berlin SW 68, Kochstraße 68—71, zu beziehen. Der Betrag ist einschließlich der Zusendungsgebühren (Porto und Verpackung für 1 Stück 30 Pf., für 2 oder 3 Stück 45 Pf., für 4 bis 7 Stück 75 Pf., für 8 bis 15 Stück 1 ℳ, für 16 bis 32 Stück 1,25 ℳ) gleichzeitig mit der Bestellung (Postscheckkonto Berlin NW 7 Nr. 540, E. S. Mittler & Sohn) einzusenden, andernfalls wird er unter Postnachnahme erhoben.

Digitized by Google

Bemessung der Militärrente, wenn durch den Militärdienst ein schon vorher vorhandenes Leiden verschlimmert worden ist.

Rek. Entsch. des **Reichs-Militärversorgungsgerichts** v. 24. November 1920 (Entsch. Bd. 1 S. 194).

Nach den tatsächlichen Feststellungen war davon auszugehen, daß das Lungenleiden im Keim bis vor die Einstellung in den Militärdienst zurückreicht, den Kläger aber damals nicht wesentlich in seinem Berufe gestört haben kann. Anderseits haben allgemeine Körperschwäche und Neurasthenie die Erwerbsfähigkeit des Klägers schon damals stark herabgesetzt. Seine entgegengesetzten Behauptungen sind unzutreffend. Wenn der Kläger auch nicht invalide im Sinne des Invalidenversicherungsgesetzes war, so war er doch nur zu leichten Arbeiten fähig. Der Senat war deshalb der Ansicht, daß der Kläger im Zeitpunkt der Einstellung durch seine Leiden in seinem Beruf als Handlungsgehilfe um mindestens 33⅓ v. H. in der Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt war. Während des Krieges haben sich die Leiden zweifellos wesentlich verschlimmert. Das Lungenleiden hat zeitweise einen bedenklichen Charakter angenommen. Die nervösen Erscheinungen traten zunächst dahinter zurück, der schlechte Allgemeinzustand wirkte ungünstig ein. Es ist deshalb anzunehmen, daß die Erwerbsfähigkeit des Klägers im Zeitpunkt der Entlassung wahrscheinlich um mehr als um 50 v. H. vermindert gewesen ist. Der Zustand hat sich dann noch weiter verschlechtert, die Erwerbsfähigkeit ist sogar einige Monate völlig aufgehoben gewesen. Seit Anfang Februar 1920 ist aber eine wesentliche Besserung festzustellen. In dem Lungenleiden ist ungefähr derselbe Stand wie vor der Einstellung erreicht, auch der Nervenbefund ist im ganzen besser geworden, die allgemeine Körperschwäche besteht nach wie vor. Nach dem Gutachten vom 5. Februar 1920 ist anzunehmen, daß der Kläger damals um höchstens 66⅔ v. H. in seinem Berufe in der Erwerbsfähigkeit beschränkt war. Seither ist anscheinend sogar eine weitere Besserung eingetreten. Dabei ist noch zu berücksichtigen, daß bei dem erwiesenen Hang des Klägers zur Übertreibung die Feststellung des Umfangs seiner Beschwerden erschwert worden ist.

Hiervon ausgehend, hat der Senat die Überzeugung gewonnen, daß die dem Kläger von dem Militärversorgungsgericht zugesprochene Militärrente von 75 v. H. jedenfalls nicht zu niedrig angesetzt ist, da sie dem Durchschnittssatz entspricht, der sich aus den Schwankungen im Verlaufe der den Versorgungsanspruch begründenden Leiden in ihrer Gesamteinwirkung seit der Entlassung aus dem Militärdienst ergibt. Der Rekurs des Klägers war somit als unbegründet zurückzuweisen.

Dagegen hat der Senat dem Rekurse des Beklagten stattgegeben. Die Entscheidung hierüber hing von der Beantwortung der Frage ab, ob, wenn ein schon vor der Einstellung vorhanden gewesenes Leiden sich durch dienstliche Einflüsse verschlimmert hat, die Gesamteinwirkung des Leidens auf die Erwerbsfähigkeit oder nur die durch die Verschlimmerung herbeigeführte Steigerung des Grades der Erwerbsunfähigkeit der Versorgung zugrunde zu legen ist. Nach den vorgetragenen Erlassen des früheren preußischen Kriegsministeriums hat die Militärverwaltung in ständiger Rechtsübung die Gesamteinwirkung des Leidens als Versorgungsgrund betrachtet und dementsprechend die Militärrente nach dem Gesamtzustand bei der Entlassung oder späteren Anmeldung des Anspruchs einschließlich der Verschlimmerung festgesetzt. (Erlaß vom 22. Januar 1916, vgl. von Olshausen-Dorn, Versorgungsansprüche S. 18, Meier-Demmig, Behördenhandbuch 3. Aufl. S. 50 Anm. 37.) Folgt man dieser Auffassung, so wäre der Rekurs zurückzuweisen gewesen, da die Leiden des Klägers in ihrer Gesamteinwirkung nach den früheren Ausführungen seine Erwerbsfähigkeit um durchschnittlich 75 v. H. vermindern. Weicht man von ihr ab, so ist der Rekurs begründet, da von der Annahme aus, daß der Kläger bei der Einstellung schon um 33⅓ v. H. in der Erwerbsfähigkeit beschränkt war, eine Rente von 50 v. H. der Vollrente für ihn eine mehr als ausreichende Entschädigung ist.

Daß die Rechtsübung der früheren Militärverwaltung für das Reichs-Militärversorgungsgericht nicht bindend ist, war für den Senat nicht zweifelhaft. Es handelt sich um eine Rechtsübung im Verwaltungsverfahren, die nach Art. II § 1 der Verordnung vom 1. Februar 1919 über Änderung des Verfahrens in Militärversorgungssachen der Nachprüfung durch die Spruchbehörden der Militärversorgung unterliegt. Eine Entscheidung der Frage war auch deshalb erforderlich, weil die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts auf dem nahe verwandten Gebiete der Unfallversicherung von dieser Auffassung abweicht. Das tritt zwar bei der gewerblichen Unfallversicherung nicht unmittelbar hervor, da hier die im Zeitpunkt des Unfalls bestehende Erwerbsfähigkeit mit 100 v. H. angesetzt wird. Dabei wird aber vom wirklich verdienten Einzellohn ausgehend angenommen, daß sich eine schon bestehende Erwerbsfähigkeitseinbuße in der Lohnhöhe (dem tatsächlichen Jahresarbeitsverdienst) bemerkbar macht. Wo aber der Jahresarbeitsverdienst nach dem Ortslohn berechnet wird (§ 571 RVO.) oder, wie meist bei der landwirtschaftlichen Unfallversicherung (§ 936 a. a. O.) nach Durchschnittslöhnen, tritt eine Kürzung entsprechend dem Grade der Erwerbsunfähigkeit vor dem Unfall ein. Somit wird bei der Unfallversicherung die Verminderung der Erwerbsfähigkeit grundsätzlich nur soweit entschädigt, als sie durch den Betriebsunfall bedingt ist. (Zu vgl. Handb. der Unfallversf. 1. Aufl. Anm. 4

Digitized by Google

zu § 5 Unfallversicherungsgesetz, AmtlNachr. des RVA. 1891 S. 290 Nr. 1065, 1902 S. 560 Nr. 1955, 1908 S. 571 Nr. 2268, Plenar-Beschluß vom 7. März 1888 Nr. IV.) Eine verschiedene Rechtsübung auf beiden Gebieten muß aber nach Möglichkeit vermieden werden. Auch ist die Auffassung der Militärverwaltung neuerdings mehrfach im Schrifttum bekämpft worden (vgl. von Olshausen-Dorn a. a. O. S. 18, 28, Breme: Rentenhöhe bei Verschlimmerung eines alten Leidens durch eine Dienstbeschädigung, Zentral-Blatt der Reichsverf. 16. Jahrg. Sp. 65 f.). Das Reichs-Militärversorgungsgericht hat sich ebenfalls der Ansicht der Militärverwaltung nicht anschließen können. Worauf deren Auffassung beruht, ist aus den vorhandenen Unterlagen nicht klar ersichtlich. Nach von Olshausen-Dorn soll sie sich auf den Wortlaut des § 3 Abs. 1 des MVG. stützen, wonach als Dienstbeschädigungen Gesundheitsstörungen zu gelten haben, welche durch dienstliche Einflüsse „verursacht oder verschlimmert sind". Daraus soll die Militärverwaltung gefolgert haben, daß die durch den Militärdienst verschlimmerte Gesundheitsstörung in vollem Umfang als Dienstbeschädigung anzusehen und der Versorgung zugrunde zu legen sei. In der Tat bezeichnen auch die Erlasse vom 22. Januar 1916 und 2. Oktober 1917 die Gesamteinwirkung des verschlimmerten Leidens als Versorgungsgrund. Es mag zugegeben werden, daß der Wortlaut des § 3 des MVG. nicht zweifelsfrei ist, aber gerade dieser Umstand mußte Anlaß geben, sich eingehender mit dem Inhalt und der Tragweite der Gesetzesvorschrift zu befassen. Aus der Überschrift (Dienstbeschädigung) und dem Wortlaut des § 3 läßt sich zunächst weiter nichts entnehmen, als daß er den Begriff der Dienstbeschädigung erläutern soll, und zwar dahin, daß darunter jede Gesundheitsstörung zu verstehen ist, die durch dienstliche Einflüsse „herbeigeführt" ist (vgl. RVG. § 2 Abs. 1). Über den Umfang der zu entschädigenden Folgen der Dienstbeschädigung enthält die Gesetzesvorschrift nichts (vgl. Breme a. a. O. Sp. 67). Ihn setzt § 1 des MVG. in Verbindung mit den §§ 3, 4 und 9 fest, wonach der Versorgungsanspruch begründet ist, wenn und solange die Erwerbsunfähigkeit „infolge einer Dienstbeschädigung" aufgehoben oder um mindestens 10 v. H. gemindert ist. Die frühere Militärverwaltung hat somit den § 3 ohne Rücksicht auf seinen Zusammenhang mit § 1 zur Grundlage ihrer weittragenden Folgerung gemacht. Versteht man mit Martineck (Dienstunbrauchbarkeit und Versorgung usw. in dem Sammelwerk Sanitätsdienst und Gesundheitspflege im Deutschen Heere von Villaret und Paalzow S. 595) unter der Dienstbeschädigung des § 3 die Wirkung eines mit dem Dienst zusammenhängenden gesundheitsschädigenden Vorgangs und ergänzt man den § 1 entsprechend, so ist der Versorgungsanspruch nur insoweit gegeben, als sich die Verminderung der Erwerbsfähigkeit als Folge der Wirkung dieses Vorgangs darstellt. Für den Fall der Verschlimmerung eines alten Leidens kann das nur bedeuten, daß lediglich die durch eine solchen Vorgang herbeigeführte Steigerung des Grades der Erwerbsunfähigkeit entschädigt werden soll (vgl. Breme a. a. O.).

Die Rechtsübung der früheren Militärverwaltung steht aber auch nicht in Einklang mit der neueren Entwicklung der Gesetzgebung der Militärversorgung. Das Militär-Pensionsgesetz vom 27. Juni 1871 erkennt als Dienstbeschädigung nur Körperschäden an, die in ursächlichem Zusammenhang mit dem Militärdienst entstanden sind (§§ 3, 59). Dazu ist auch die Auslösung von Leiden zu rechnen, deren Keim schon zur Zeit der Einstellung vorhanden war. Sie fallen in der Regel unter den Begriff der inneren Dienstbeschädigung im Sinne von § 59 c a. a. O. Die Verschlimmerung eines solchen Leidens bis zur Dienstunbrauchbarkeit wurde dann in der Dienstanweisung zur Beurteilung der Militärdienstfähigkeit vom Jahre 1877 einer Dienstbeschädigung gleichgestellt vgl. Paalzow, Invalidenversorgung und Begutachtung, Berlin 1906 S. 44). Dabei handelte es sich nur um eine Erweiterung des Begriffes der Dienstbeschädigung. Ihn dem Umfang nach zu bestimmen oder gar in ursächliche Beziehung zum Grade der Erwerbsfähigkeit zu setzen, bestand kein Anlaß, da damals lediglich Dienstunbrauchbarkeit Voraussetzung der Versorgung war. Auch das Mannschaftsversorgungsgesetz vom 31. Mai 1906 hat an dem Begriff der Dienstbeschädigung nichts ändern wollen (vgl. Begr. zum Entw. S. 27). Anscheinend hat nur der Wunsch, die Begriffe der äußeren und der inneren Dienstbeschädigung einschließlich der Verschlimmerung zu verschmelzen, zu der Fassung des § 3 Abs. 1 geführt. Völlig neu war indes die Versorgung der Personen der Unterklassen nach ihrer Erwerbsfähigkeitsbeeinträchtigung im bürgerlichen Leben (vgl. Paalzow a. a. O. S. 125). Das hatte dann zur Folge, daß die Höhe der Entschädigung von den Folgen der Dienstbeschädigung abhängig gemacht wurde, wobei als Muster die Unfallversicherung diente, die, wie aus der Begründung zum Entwurf und den Beratungen darüber hervorgeht, den Verfassern des Gesetzes wohl bekannt war, und deren Grundsätze sowohl in der Heeresverwaltung in den Unfallfürsorgegesetzen vom 15. März 1886 und 18. Juni 1901 zur Anwendung gekommen, als auch in weitem Umfange die Richtschnur für die Begutachtung der Militärärzte in dem Nachtrag zu der erwähnten Dienstanweisung zur Beurteilung der Militärdienstfähigkeit von 1877 geworden waren. Wie bereits ausgeführt ist, wird aber in der Unfallversicherung nur das durch den Betriebsunfall bedingte Maß der Verschlimmerung eines schon bestehenden Leidens entschädigt. Es muß deshalb angenommen werden, daß der Gesetzgeber klar zum

Digitized by Google

Ausdruck gebracht haben würde, wenn er abweichend von der Unfallversicherung die ganze Gesundheitsstörung zum Gegenstand der Versorgung machen wollte. Da dieses weder im Gesetz, noch in den zu seiner Durchführung erlassenen Verwaltungsvorschriften (Pensionierungsvorschrift vom 16. März 1912, Dienstanweisung zur Beurteilung der Militärdienstfähigkeit vom 9. Februar 1909) geschehen ist, ist davon auszugehen, daß dem Gesetzgeber ferngelegen hat, in Fällen der Verschlimmerung eine Versorgung über das Maß der durch den Militärdienst herbeigeführten weiteren Schmälerung der Erwerbsfähigkeit eintreten zu lassen. Dies besonders auszusprechen, wie es in § 6 des landwirtschaftlichen Unfallversicherungsgesetzes vom 5. Mai 1886 geschehen war, lag für ihn kein Anlaß vor, da die Rechtslage nach § 1 des MVG. in Verbindung mit den §§ 3, 4, 9 genügend klar war.

Dabei darf allerdings nicht verkannt werden, daß sich die Grundsätze der Unfallversicherung nicht schlechthin auf die Militärversorgung übertragen lassen. Bei jener tritt der Gedanke der Schadenvergütung — wenn auch nicht in engem zivilrechtlichem Sinne — in den Vordergrund (vgl. § 555 der Reichsversicherungsordnung), bei dieser war von jeher der Gedanke der Fürsorge, der Versorgung, vorherrschend. Indes ist zu beachten, daß mit der Einführung einer Geldversorgung entsprechend dem Grade der Erwerbsunfähigkeit in der Militärversorgung eine wesentliche Annäherung an die Unfallversicherung eingetreten ist. Auch die Militärrente soll in erster Linie einen Ausgleich für den durch die Dienstbeschädigung bedingten Ausfall an Verdienst schaffen, im Vergleich zu den Arbeitsgenossen den Zustand herstellen, wie er im Zeitpunkt der Einstellung war. Es entspricht nach Ansicht des Senats weder einem gesunden Rechtsempfinden noch den Forderungen sozialer Gleichbehandlung, wenn bei gleichen Alters- und Berufsverhältnissen, bei derselben Verletzung und entsprechender Verminderung der Erwerbsfähigkeit die Höhe der Militärrente bei dem einen Versorgungsberechtigten auf 20 v. H., bei dem anderen auf 70 v. H. festgesetzt wird, und zwar nur deshalb, weil der letztere vorher schon 50 v. H. erwerbsunfähig war (zu vgl. Breme a. a. O. Sp. 69). Ob durch die Verletzung das diese Erwerbsunfähigkeit bedingende Leiden verschlimmert wird, kann an sich keinen Unterschied machen. Klingen bei den beiden Versorgungsberechtigten die Folgen der Dienstbeschädigung wieder ab, so verliert der eine seine Versorgung ganz, während der andere eine Militärrente von 50 v. H. weiter bezieht, ohne daß noch eine Einwirkung des Militärdienstes vorhanden ist (zu vgl. Meier-Demmig, Behördenhandbuch 3. Aufl. S. 51 Anm. 37, Erlaß des preuß. Kriegsministeriums vom 7. Oktober 1916). Die Ungleichheit tritt noch mehr hervor, wenn der eine Versorgungsberechtigte aus der Unfallversicherung bereits für seinen Verlust an Erwerbsunfähigkeit eine Rente von 50 v. H. bekommt. Tritt der Stand der Erwerbsfähigkeit im Zeitpunkt der Einstellung durch Besserung wieder ein, so erhält er — die Zulässigkeit der Doppelversorgung vorausgesetzt— zwei dem Grade nach gleiche Entschädigungen, obwohl die Folgen der Dienstbeschädigung behoben sind. Dabei ist zu berücksichtigen, daß die verschiedene Einwirkung desselben Vorgangs auf den Gesamtorganismus bei der Beurteilung des Grades der Erwerbsunfähigkeit auch auf dem Gebiete der Militärversorgung in Anschlag gebracht wird (vgl. Martineck a. a. O. S. 603), so daß bei einer erheblichen Beeinträchtigung durch ein früheres Leiden in der Regel mit einer verhältnismäßig höheren Rente zu rechnen und so dem billigen Interesse des Versorgungsberechtigten Rechnung getragen ist (vgl. Handb. der Unfallvers. Bd. I S. 265 Anm. 20 zu § 9 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes, Erlaß des preuß. Kriegsministeriums vom 16. Oktober 1917).

Daß die Auffassung der früheren Militärverwaltung nicht dem Zweck und dem Geiste des Gesetzes entspricht, geht auch daraus hervor, daß das Reichsversorgungsgesetz vom 12. Mai 1920, welches von dem Gedanken der allgemeinen Fürsorge in weiterem Umfange getragen ist, sich hinsichtlich der Versorgung mit Rente auf den vom Senat vertretenen Standpunkt stellt. Es hat den Begriff der Dienstbeschädigung inhaltlich nicht verändert, ihn nur klarer gefaßt, indem es unter anderm die Worte des § 3 des MVG. „verursacht oder verschlimmert" in § 2 Abs. 1 durch das Wort „herbeigeführt" ersetzt hat. In den Beratungen ist außerdem zum Ausdruck gekommen, daß die Verschlimmerung eines Leidens in dieser Fassung enthalten ist (vgl. Drucks. der Nationalvers. Nr. 2811 S. 4 zu § 2). Das neue Gesetz erkennt in § 24 den Anspruch nur so lange an, als die Erwerbsfähigkeit infolge einer Dienstbeschädigung wesentlich beeinträchtigt ist. Nach § 25 Abs. 1 gilt die Erwerbsfähigkeit insoweit als gemindert, als der Beschädigte infolge der Beschädigung unfähig ist, sich unter gewissen näher angegebenen Voraussetzungen Erwerb durch Arbeit zu verschaffen. Durch diesen doppelten Hinweis auf den ursächlichen Zusammenhang zwischen Dienstbeschädigung und Grad der Erwerbsfähigkeit bringt das Reichsversorgungsgesetz klar zum Ausdruck, daß es die Erwerbsunfähigkeit nur soweit als Versorgungsgrund anerkennt, als sie durch die Dienstbeschädigung verursacht ist. Allerdings hat dabei nach der Begründung (S. 37) gewissermaßen die Vermutung zu gelten, daß der Beschädigte bei der Einstellung voll erwerbsfähig war. Diese Vermutung ist aber durch die Feststellung widerlegbar, daß

Digitized by Google

damals schon nachweislich eine wesentliche Minderung der Erwerbsfähigkeit bestanden hat, wie beispielsweise beim Bezug einer Unfallrente anzunehmen sein wird. Auch schließt das neue Gesetz beim Bezug einer Unfallrente eine Doppelversorgung für dieselbe Gesundheitsstörung aus, indem es nach § 63 Nr. 2 das Recht auf die Versorgungsgebührnisse in diesem Fall in Höhe der Unfallrente ruhen läßt. Da nicht angenommen werden kann, daß das Reichsversorgungsgesetz die Lage der Versorgungsberechtigten hat verschlechtern wollen, erscheint somit der Schluß berechtigt, daß nach der Auffassung der Urheber des neuen Gesetzes auch das frühere Gesetz nur die durch den Militärdienst herbeigeführte Verschlimmerung eines alten Leidens, nicht das Gesamtleiden, entschädigen wollte.

Daß die tatsächlichen Verhältnisse oft die Feststellung erschweren werden, wieviel Hundertteile von dem bestehenden Grade der Erwerbsunfähigkeit auf Rechnung der durch dienstliche Einflüsse bedingten Verschlimmerung eines Leidens zu setzen sind, liegt auf der Hand. Oft fehlt die Möglichkeit, zu beurteilen, ob und in welchem Grade das Leiden bei der Ausübung des Berufes gehindert hat. In anderen Fällen ist nicht zu erkennen, wieweit der Dienst auf den Verlauf des Leidens eingewirkt hat, und wieweit es sich um seine natürliche Weiterentwicklung handelt. Das wird besonders schwer sein, wenn es sich um die Einwirkung mehrerer Leiden auf den Organismus handelt, die zueinander in Wechselwirkung stehen. Anderseits gibt es Fälle, wo ein Genesungsprozeß durch die Einstellung unterbrochen und von einer Verschlimmerung infolge der dienstlichen Anstrengungen abgelöst worden ist. Es ist anzunehmen, daß diese Gesichtspunkte von großem Einfluß auf die Rechtsübung der Militärverwaltung gewesen sind. Das konnte den Senat aber nicht hindern, die rechtlichen Erwägungen entscheiden zu lassen. Sache der Spruchbehörden wird es sein, diese tatsächlichen Schwierigkeiten zu überwinden. In Zweifelsfällen wird das Interesse der Versorgungsberechtigten in den Vordergrund zu treten haben. Insbesondere muß — entsprechend der im Reichsversorgungsgesetz aufgestellten Vermutung — ein einwandfreier Nachweis dafür gefordert werden, daß der Versorgungsberechtigte schon vor seiner Einstellung in seiner Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt war. Im Zweifel hat er als voll erwerbsfähig zu gelten. Diesen Fällen sind diejenigen gleichzusetzen, wo die Verminderung der Erwerbsfähigkeit weniger als 10 v. H. betragen hat (vgl. grundsl. Entsch. vom 28. Mai 1920 — M 209 und 359/19 — Entsch. des Reichs-Militärversorgungsgerichts Bd. I S. 111 Nr. 54). Anderseits wird im Interesse des Beklagten stets zu prüfen sein, ob es sich um eine wirkliche Verschlimmerung des alten Leidens handelt oder um die Auslösung neuer Krankheitserscheinungen, die sich von jenem abtrennen lassen (vgl. hierzu die Anhaltspunkte des früheren Wissenschaftlichen Senats bei der Kaiser-Wilhelms-Akademie für die militärärztliche Beurteilung der Frage der Dienstbeschädigung oder Kriegsdienstbeschädigung usw. Ziff. 8).

Hier geht aus den Akten der Landesversicherungsanstalt Schlesien einwandfrei hervor, daß der Kläger vor der Einstellung in den Militärdienst durch hochgradige Nervenschwäche und allgemeine Körperschwäche in seinem Berufe als Handlungsgehilfe erheblich beeinträchtigt war. Die Angaben des Klägers in seinen Anträgen auf Heilbehandlung und Invalidenrente, sowie die ärztlichen Gutachten berechtigen den Senat, den Grad der durch jene Leiden bedingten früheren Erwerbsunfähigkeit auf mindestens 33⅓ v. H. zu schätzen. Da der Gesundheitszustand des Klägers seit der Entlassung im Durchschnitt eine Erwerbsunfähigkeit von 75 v. H. bedingt hat, ist der Kläger mit der ihm gewährten Militärrente von 50 v. H. von seiten des Reichsfiskus jedenfalls ausreichend versorgt.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Zum Entwurf eines Arbeitsnachweisgesetzes.

Aus der Begründung des Entwurfs heben wir über die Grundgedanken des Gesetzes folgendes heraus: Sie entstammen der Erkenntnis, daß die Verteilung der Arbeit nach den Grundsätzen wirtschaftlicher Zweckmäßigkeit und sozialer Gerechtigkeit eine Lebensfrage für unser Volk bedeutet. Die volle Verwirklichung der Leitgedanken der Arbeitsnachweisbewegung wird durch die gegenwärtige Spannung zwischen Angebot und Nachfrage, die Krisenhaftigkeit des Arbeitsmarktes, die Notlage der deutschen Wirtschaft unerbittlich gefordert.

Die erste Grundforderung für die Organisation ist ihre Planmäßigkeit. Das gesamte Reichsgebiet soll mit einem Netz von Arbeitsnachweisen überspannt werden. Das Netz darf nicht gleichmaschig sein: Bevölkerungsdichte, Häufigkeit des Stellenwechsels, wirtschaftliche Verhältnisse bestimmen Sitz und Umfang des Geltungsbereichs jedes Arbeitsnachweises. In der Regel wird für den Bezirk jeder unteren Verwaltungsbehörde ein Arbeitsnachweis zu errichten sein (§ 3). Das Schwergewicht der Arbeitsvermittlung und damit der Organisation des Arbeitsmarktes liegt in diesen örtlichen Stellen. Neben der Arbeitsvermittlung können ihnen weitere Aufgaben übertragen werden, deren Kreis aber von vornherein durch die Bestimmung eingeschränkt ist, daß sie der Regelung des Arbeitsmarktes unmittelbar dienen müssen (§ 2).

Digitized by Google

Die Arbeitsnachweise stehen nicht für sich als vereinzelte örtliche Einrichtungen, sondern sind zusammengefaßt in den Landesämtern für Arbeitsvermittlung. Diese sind für größere, wirtschaftlich zusammenhängende Bezirke (Länder, Provinzen) zu errichten (§ 16). Sie sind die fachlichen Aufsichts- und Beschwerdestellen gegenüber den Arbeitsnachweisen, sie haben den Ausbau der Arbeitsvermittlung in ihrem Bezirk und das organische Zusammenwirken der Arbeitsnachweise für den Ausgleich von Angebot und Nachfrage zu fördern (§ 15). Alle Vorgänge auf dem Arbeitsmarkt müssen von ihnen sorgfältig beobachtet und ausgewertet werden. Besondere Aufmerksamkeit müssen sie der fachlichen Durchbildung der Arbeitsnachweisbeamten ihres Bezirks widmen. Sie sind gleichzeitig die lebendige Verbindung zwischen den örtlichen Arbeitsnachweisen und der Zentralstelle, dem Reichsamt für Arbeitsvermittlung.

Durch das Reichsamt (§§ 26, 27) wird die Organisation des Arbeitsmarktes geschlossen. Das Reichsamt soll die Organisation innerlich so verbinden, daß sie wie ein Arbeitsnachweis zusammenwirkt. Jeder Arbeitgeber und Arbeitnehmer muß überzeugt sein können, daß er sich nur an seinen zuständigen Arbeitsnachweis zu wenden braucht, um — falls erforderlich — die gesamte Organisation für sein Gesuch interessiert zu wissen. Durch diese Geschlossenheit, durch den umfassenden Überblick über die Lage des Arbeitsmarktes, den die Zentrale besitzt und ständig vermittelt, eröffnen sich die Möglichkeiten für den Ausgleich von Beruf zu Beruf, von Ort zu Ort, von Gebiet zu Gebiet, für eine großzügige und planmäßige Berufsumstellung, für eine ausreichende Vorsorge und Fürsorge bei der Verpflanzung von Arbeitskräften, für eine nach Möglichkeit den Belangen des deutschen Arbeitsmarktes dienende Regelung der Anwerbung und Vermittlung ausländischer Arbeiter und letzten Endes für die Schaffung neuer Arbeitsgelegenheiten durch Notstandsarbeiten.

Über die Lage des Arbeitsmarktes, den Umfang der Arbeitslosigkeit, den Erfolg der Arbeitsvermittlung und Arbeitsbeschaffung hat das Reichsamt laufend die Öffentlichkeit zu unterrichten (§ 31).

Die zweite Grundforderung ist die Einheitlichkeit der Organisation. Ihre Notwendigkeit ergibt sich aus der bisherigen Zersplitterung, dem Neben-, Gegen- und Durcheinanderarbeiten einer Vielheit von Vermittlungsstellen, dem Mißbrauch des Arbeitsnachweises als Erwerbsquelle oder als Kampfmittel zur Durchsetzung wirtschaftlicher Forderungen. Außer der vollkommen unorganisierten Arbeitsvermittlung, der Umschau und der Zeitungsanzeige bestehen folgende Formen der Arbeitsnachweise: die gewerbsmäßige Stellenvermittlung, der Interessenten-Arbeitsnachweis, der einseitig von wirtschaftlichen Vereinigungen der Arbeitgeber oder der Arbeitnehmer unterhalten wird, der Arbeitsnachweis der behördlichen Interessentenvertretungen (Innungen und Landwirtschaftskammern), die Vermittlung durch gemeinnützige Vereine, der meist auf Grund von Tarifverträgen errichtete paritätische Facharbeitsnachweis der Arbeitgeber und Arbeitnehmer, und schließlich der öffentliche Arbeitsnachweis. Alle diese Formen sollen nunmehr vereinheitlicht werden (§ 49).

Für die gewerbsmäßige Stellenvermittlung ist in dieser Organisation, die sich ausschließlich von sozialen und volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten leiten lassen muß, kein Raum. Schon das Stellenvermittlergesetz vom 2. Juni 1910 wollte nicht nur die schweren Unzuträglichkeiten der gewerbsmäßigen Stellenvermittlung bekämpfen, sondern diese selbst nach Möglichkeit eindämmen und allmählich ausschalten. Ihre endgültige Beseitigung soll durch das Arbeitsnachweisgesetz erreicht werden, wonach einerseits keinerlei neue Konzessionen erteilt, andererseits bestehende nicht verlängert oder übertragen werden dürfen und spätestens zum 31. Dezember 1930 ganz erlöschen müssen. Damit ist den gewerbsmäßigen Stellenvermittlern eine ausreichende Schonfrist zur Umstellung ihres Betriebes gewährt und außerdem Vorsorge getroffen, daß die Arbeitsvermittlung nicht durch eine plötzliche Ausschaltung zahlreicher Vermittlungsstellen eine Stockung erfährt (§ 49).

Ebensowenig darf der Arbeitsnachweis der Leidenschaft des Tages im Kampf der Parteien des Arbeitsvertrages ausgesetzt sein. Jeder Facharbeitsnachweis — gleichviel, ob er einseitig von Arbeitgebern oder Arbeitnehmern oder von beiden gemeinsam oder von den Organisationen der verschiedenen Richtungen nebeneinander unterhalten wird — geht als einheitliche Fachabteilung in den öffentlichen Arbeitsnachweis über (§ 46). Er geht über, aber er geht nicht auf in der allgemeinen Arbeitsvermittlung. Vielmehr wird die bislang zerstreute Vermittlung für jedes Fach in einer Abteilung mit streng beruflichem Charakter zusammengefaßt. Der Entwurf legt entscheidendes Gewicht auf diese Gliederung des Arbeitsnachweises in Fachabteilungen, in denen die Arbeiten von Angehörigen oder Sachverständigen des betreffenden Faches vorgenommen werden und die Verwaltung durch einen eigenen Fachausschuß erfolgt (§§ 32, 33, 34). Die Fachabteilungen können je nach der Ausgleichsmöglichkeit für Angebot und Nachfrage für den Bezirk eines oder mehrerer Arbeitsnachweise, für den Bezirk eines oder mehrerer Landesämter oder schließlich für den Bezirk des Reichsamts errichtet werden (§§ 32, 46). Immer soll an das Bestehende angeknüpft werden; keine schematische Behandlung aller Berufsstände darf einsetzen, sondern die Eigenart und die Vielgestaltigkeit der Berufsbedürfnisse muß volle Berücksichtigung finden.

Die Stellenvermittlungen der gemeinnützigen Vereine werden der Aufsicht der Landesämter oder des Reichsamts unterstellt. Diese lose Form der Verbindung mit dem allgemeinen Arbeitsmarkt ist gewählt, um die Eigenart des karitativen Arbeitsnachweises zu erhalten und ihre unentbehrliche Fürsorgearbeit insbesondere für die aus physischen oder psychischen Gründen halben Kräfte zu schützen. Gleichzeitig muß aber Sorge getragen werden, daß durch die Erwerbsbeschränkten keine allgemeine Herabdrückung der Arbeitsbedingungen erfolgt und auch ihre Arbeitsvermittlung so ausgebaut ist, daß sie die bestmögliche Verwertung der halben Kräfte gewährleistet. Deshalb ist der Erlaß besonderer Richtlinien für die Einrichtung und den Betrieb vorgesehen, die Errichtung solcher Arbeitsnachweise an die Genehmigung des zuständigen Arbeitsnachweisamtes geknüpft und auch die Schließung bei wiederholter Übertretung der erlassenen Bestimmungen möglich (§ 48).

Diese notwendige Vereinheitlichung der Arbeitsvermittlung im öffentlichen Arbeitsnachweis führt zu einer Monopolstellung des öffentlichen Arbeitsnachweises. Die bisherige Zersplitterung hat die Entfaltung der vollen Leistungsfähigkeit noch verhindert. Der Ausgleich auf dem Arbeitsmarkt wird offensichtlich erschwert, wenn sich Angebot und Nachfrage nicht auf einem bestimmten Arbeitsnachweis treffen müssen. Daraus ergibt sich als dritter

Digitized by Google

Grundsatz die Forderung, die Organisation des öffentlichen Arbeitsnachweises so umfassend wie möglich zu gestalten. Erst wenn die Zusammenfassung der vorhandenen Arbeitsgelegenheit und der vorhandenen Arbeitsgesuche erreicht ist, kann die primitive Arbeitsuche — persönlich von Fabrik zu Fabrik, von Werkstatt zu Werkstatt, oder das schriftliche Eingehen auf das Stellenangebot der Zeitung — als überwunden gelten und der Verlust an Zeit, Kraft und Arbeitswillen, den diese planlose Umschau zum Schaden der Gesamtheit immer wieder im Gefolge hat, vermieden werden. Erst dann kann auch die Verteilung der Arbeit nach den Grundsätzen der Zweckmäßigkeit und der sozialen Gerechtigkeit erfolgen. Von der Übersehbarkeit des vorhandenen Angebots hängt wesentlich die Zielsicherheit aller Maßnahmen zur Förderung des Ausgleichs von Angebot und Nachfrage ab, wie Arbeitsberatung in Anpassung an die Arbeitsmarktlage, Berufsumstellung für die Angehörigen „absterbender" oder überfüllter Berufe in auflebende, aufnahmefähige, Verpflanzung in Bedarfsgebiete, Einrichtung von Notstandsarbeiten und Verteilung öffentlicher Arbeiten in Zeiten wirtschaftlichen Tiefstandes u. a. m.

Zusammenfassung von Angebot und Nachfrage ist ferner die unerläßliche Voraussetzung für jede geregelte Arbeitslosenfürsorge. Als die Kernfrage der Arbeitslosenunterstützung ist immer die Feststellung und Überwachung der Arbeitslosigkeit, Arbeitsfähigkeit und Arbeitswilligkeit angesehen worden. Gelöst kann diese Frage durch die Organisation des Arbeitsnachweises nur werden, wenn ihr die offenen Arbeitsplätze so weit wie irgend möglich zur Verfügung stehen. Deshalb muß den Arbeitgebern und Arbeitnehmern, deren Beiträge die künftige Arbeitslosenversicherung in erster Linie finanziell tragfähig machen müssen, in gleicher Weise daran liegen, daß dem Arbeitsnachweis das gesamte Angebot bis zur letzten offenen Stelle bekannt wird. Kein Erwerbsloser darf deshalb arbeitslos bleiben, weil ein freier Arbeitsplatz „unauffindbar" ist.

In Anbetracht dieser individuellen und allgemeinen Bedeutung der Zusammenfassung von Angebot und Nachfrage für Arbeitsberatung, Arbeitsvermittlung, Arbeitsbeschaffung und Arbeitslosenfürsorge ist es verständlich, daß der Benutzungszwang, d. h. die Verpflichtung, offene Stellen nur durch den Arbeitsnachweis zu besetzen, von verschiedenen Seiten, besonders von Arbeitnehmergruppen, aber auch von Vertretern der Arbeitsnachweise, gefordert wird. Das Ziel, zu dem der Benutzungszwang führen soll, muß als erstrebenswert anerkannt werden. Gleichwohl lehnt der Entwurf einen solchen Zwang aus eingehend dargelegten sachlichen und formalen Gründen ab. Eine gesetzliche Zwangsvorschrift würde auch dem gesunden Streben nach Selbstverwaltung des Arbeitsnachweises durch die Beteiligten widersprechen. Diese würden sich ihres wichtigsten Verwaltungsrechts begeben, nämlich erst für den erforderlichen fachlichen Ausbau des Arbeitsnachweises Sorge zu tragen, und dann durch ihre Verbände in tarifvertraglicher Übereinkunft zu bestimmen, in welchem Umfange und in welcher Form sich ihr besonderer Beruf auf die Benutzung des Arbeitsnachweises verpflichten kann.

Diesen Weg will das Gesetz vornehmlich einschlagen. Nur auf ihm ist es möglich, die Bindung dem jeweiligen Entwicklungsstande des öffentlichen Arbeitsnachweises und der Eigenart des Berufes anzupassen. Durch die Angehörigen des Faches kann sachverständig entschieden werden, ob überhaupt und wann eine allgemeine Meldeverpflichtung der offenen Stellen Platz greifen soll oder ob der Benutzungszwang eingeführt werden kann und in welcher Form es geschehen soll. Auch für ihn sind noch verschiedene Gradunterschiede möglich. Neben einem uneingeschränkten Obligatorium wird die Möglichkeit der anderweitigen selbständigen Bemühung von Arbeitgebern und Arbeitnehmern in vielen Berufen vorgesehen werden müssen, wenn innerhalb einer festgelegten, dem Wesen des Berufes angepaßten Frist kein geeigneter Vorschlag durch den Arbeitsnachweis gemacht werden kann. Auch die Nichteinbeziehung bestimmter, besonders qualifizierter Berufszweige oder die Möglichkeit, einen bestimmten Anteil der Belegschaft frei einzustellen, wird oft genug erwogen werden müssen. Initiative, Tatkraft und Freizügigkeit dürfen nicht beeinträchtigt werden.

Die Überwachung der Durchführung solcher tariflichen Abmachungen würde auch wesentlich einfacher sein als die Überwachung der gesetzlichen Zwangsvorschrift. Der Tarifvertrag schafft schon an und für sich die notwendige Verbindung zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern des Gewerbes: Tariftreue liegt gleichermaßen im Interesse der Betriebsleitung und der Betriebsräte, Selbstschutz und Selbsthilfe treten ein statt der Strafbestimmungen einer gesetzlichen Zwangsvorschrift. Kein Tarifvertrag sollte in der Folgezeit an der Regelung der Arbeitsnachweisfrage für das Gewerbe vorübergehen.

Die Einführung einer Meldepflicht für alle offenen Stellen ist dagegen fakultativ im Gesetz vorgesehen. Sie wird sich besonders bei Krisen des Arbeitsmarktes als notwendig erweisen. Die Meldepflicht schafft dem Arbeitsnachweis den Überblick über die offenen Arbeitsgelegenheiten seines Bezirks. Er erhält die verstärkte Möglichkeit, in schwierigen Wirtschaftszeiten seine höchste Leistungsfähigkeit zu erweisen und so auf Grund seiner eigenen Leistung eine freiwillige Bindung der Beteiligten für normale Verhältnisse vorzubereiten (§ 50). Gegen die Einführung einer allgemeinen obligatorischen Meldepflicht sprechen im wesentlichen die gleichen Gründe wie gegen den Benutzungszwang.

Ein weiterer Grundgedanke des Gesetzes, der im Vorhergegangenen schon berührt wurde, ist die Selbstverwaltung durch die Beteiligten. „Selbstverwaltung" bedeutet auch hier den Gegensatz zu „verwaltet werden". Sie ist den Beteiligten in weitestem Maße durch das Gesetz eingeräumt, einheitlicher, umfassender und entscheidender als in der bisherigen Verwaltungspraxis des Arbeitsnachweises. Die Beteiligten sollen den Arbeitsnachweis nach eigenem Ermessen für ihre Berufsbedürfnisse gestalten, ihn mit Leben und Kraft erfüllen.

Die Bestimmungen des Gesetzes sehen Verwaltungsausschüsse in allen Instanzen der Arbeitsnachweisämter und besondere Fachausschüsse für jede Fachabteilung vor (§§ 7, 19, 29, 33). Die Verwaltungsausschüsse bei den örtlichen Arbeitsnachweisen und alle Fachausschüsse — gleichviel, ob sie bei den Arbeitsnachweisen, den Landesämtern oder dem Reichsamt gebildet werden — sind paritätisch durch vorgeschlagene Vertreter der wirtschaftlichen Vereinigungen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer zu besetzen. Die Verwaltungsausschüsse sind bei der Aufstellung des Haushalts beteiligt (§ 14), stellen nach den gesetzlichen Normen die Grundsätze für die Geschäftsführung auf und entscheiden auf Beschwerden (§ 11). Gegen Entscheidungen des Vorsitzenden kann der Verwaltungsausschuß angerufen

Digitized by Google

werden (§ 51). Beschwerden über den Ausschuß gehen nicht an die Gemeinde oder Gemeindeaufsichtsbehörde, sondern an die Fachstelle des Verwaltungsausschusses beim Landesamt, in dem Arbeitgeber und Arbeitnehmer wieder ausschlaggebend beteiligt sind (§ 52). Einfluß auf die tägliche Vermittlungsarbeit auszuüben, ist ferner jedem Mitglied des Ausschusses während der Geschäftsstunden gestattet (§ 11). Die Ausschußmitglieder sollen dazu beitragen, daß die Vermittlungsarbeit „am Schalter" nicht bürokratisch erstarrt, sondern sich in ständiger lebendiger Fühlung mit allen Interessen von Arbeit und Wirtschaft befindet.

Das verantwortungsvollste Recht des Verwaltungs- und des Fachausschusses ist die Auswahl der Geschäftsführer und Vermittlungsbeamten (§§ 13, 23). Es ist deshalb besonders schwierig und verantwortlich, weil Personen gefunden werden müssen, die das Vertrauen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer möglichst in gleichem Maße besitzen, die wahrhaft unparteiisch sind und die vor allem die soziale privat- und volkswirtschaftliche Bedeutung der Vermittlungsarbeit erkennen und nach ihr zu handeln gewillt und fähig sind. Der Arbeitsnachweis hat die Entwicklungsstufe des mechanischen, lediglich durch die Reihenfolge gegebenen Ausgleichsgrundsatzes überwunden; der Nummerzwang hat seine Anhängerschaft verloren. An die Stelle der Nummer muß die Persönlichkeit treten, an die Stelle der passiven die aktive Arbeitsvermittlung, die der Besonderheit jedes einzelnen Falles gerecht zu werden versucht.

Auch der Verwaltungsausschuß beim Landesamt (§§ 19, 21) und der Verwaltungsrat beim Reichsamt (§ 29) werden aus den Beteiligten gebildet. Zu den Beteiligten zählen hier außer Vertretern der Arbeitgeber und Arbeitnehmer solche der öffentlichen Körperschaften. Ein Drittel der stimmberechtigten Sitze ist ihnen vorbehalten. In der zweiten und letzten fachlichen Aufsichts- und Beschwerdeinstanz sind Beschlüsse von so großer Tragweite für die öffentlichen Verbände zur Regelung des Arbeitsmarktes zu fassen, z. B. in Zweifelsfällen die Entscheidung, ob, wo und wie Arbeitsnachweise oder Fachabteilungen zu errichten oder zusammenzufassen sind (§§ 38, 46), daß den öffentlichen Körperschaften ein Recht auf Mitwirkung bei der Beschlußfassung gegeben werden muß.

Trotz des Grundsatzes der Selbstverwaltung darf der Arbeitsnachweis nicht ausschließlich den Parteien des Arbeitsvertrages gehören, nicht verbandspolitischen Schwankungen ausgesetzt sein; er muß — und das ist die letzte Grundforderung — eine öffentliche Einrichtung bleiben. Der Arbeitsnachweis wird von den öffentlichen Körperschaften gegründet; sein Träger ist die Gemeinde oder der Gemeindeverband (§§ 4, 6, 14, 17, 18). Die Verbindung zwischen der Gemeinde und den Interessenten ist der unparteiische Vorsitzende, der von der Gemeinde bestellt werden muß (§§ 8, 20). An diesem Recht der öffentlichen Körperschaften muß festgehalten werden. Wird die Führung des Arbeitsnachweises von der Gemeinde losgelöst, ist der Vorsitzende nicht mehr dem Magistrat (Stadtrat), dem Kreisausschuß oder der Stadtverordnetenversammlung verantwortlich, dann ist das Band zwischen dem Arbeitsnachweis und den übrigen Teilen der öffentlichen Verwaltung zerrissen.

Der Arbeitsnachweis muß auch deshalb eine öffentliche Einrichtung bleiben, weil er Aufgaben zu erfüllen hat, die dem öffentlichen Interesse dienen; durch Gesetz wird ihm die Verpflichtung hierzu auferlegt, und das Gesetz überträgt ihm öffentlichrechtliche Befugnisse. Das maßgebende Kennzeichen der Öffentlichkeit ist die Gemeinnützigkeit. Diese bedeutet einmal den Ausschluß der Gewerbsmäßigkeit. Die öffentliche Arbeitsvermittlung ist grundsätzlich unentgeltlich. Nur für die Vermittlung des beschränkten Kreises von Arbeitnehmern, die der Arbeitslosenversicherung nicht unterliegen, kann von den Arbeitgebern eine Vermittlungsgebühr zum teilweisen Ersatz der Unkosten erhoben werden (§ 40). Andererseits bedeutet Gemeinnützigkeit Dienst für den allgemeinen Nutzen. Der Arbeitsnachweis darf nicht für die Belange einer Organisation durch die Bevorzugung ihrer Mitglieder eintreten (§ 41). Ebensowenig darf er dem einseitigen Vorteil einer Vertragspartei durch Einwirkung auf die Lohn- und Arbeitsbedingungen (§ 42) oder durch parteiische Stellungnahme im Kampf zwischen Kapital und Arbeit (§ 43) dienen. Aber auch den besonderen Nutzen bestimmter Berufsgebiete, wie eines Industriezweiges, des Handwerks oder der Landwirtschaft, darf er nur insoweit wahrnehmen, als er damit die Gesamtbelange nicht schädigt. Überall da, wo ein Widerstreit der Interessen entsteht, muß für den öffentlichen Arbeitsnachweis das Gesamtwohl ausschlaggebend sein.

Merkblatt des Rentenausschusses Berlin über die Befreiung von der Versicherungspflicht (gemäß § 397 VersGes. f. Angest.)

1. Die Versicherungspflicht nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte setzt nach § 1 Abs. 3 unter anderem voraus, daß der Angestellte beim erstmaligen Eintritt in eine versicherungspflichtige Beschäftigung das Alter von sechzig Jahren noch nicht vollendet hat.

2. Angestellte, die am 1. Januar 1913 das fünfundfünfzigste Lebensjahr bereits vollendet hatten, werden auf ihren Antrag gemäß § 397 von der Versicherungspflicht befreit, wenn ihnen die Abkürzung der Wartezeit nicht gestattet wird oder aus einem anderen Grunde nicht möglich ist.

3. Angestellte, die auf Grund des Ausdehnungsgesetzes vom 31. Mai 1920 nach dem 1. Mai 1920 mit einem Jahresarbeitsverdienst von mehr als 5000 *M* versicherungspflichtig werden, ohne bereits versichert zu sein, und die am 1. Mai 1920 das fünfundfünfzigste Lebensjahr bereits vollendet hatten, können nach § 9 des Ausdehnungsgesetzes von der Versicherungspflicht befreit werden, wenn ihnen die Abkürzung der Wartezeit nicht gestattet wird oder aus einem anderen Grunde nicht möglich ist.

4. Die Reichsversicherungsanstalt kann nämlich einzelnen Angestellten nach vorhergehender ärztlicher Untersuchung gestatten, die Wartezeit zum Bezuge der Leistungen dieses Gesetzes durch Einzahlung der entsprechenden Prämienreserve abzukürzen. Hierüber ergibt das vom Rentenausschuß herausgegebene Merkblatt F. 26 das Nähere. Wird einem Angestellten wegen seines Gesundheitszustandes die Abkürzung der Wartezeit nicht gestattet oder fehlen ihm die Mittel zur Einzahlung der erforderlichen Prämienreserve, so kann er auf seinen Antrag von der Versicherungspflicht befreit werden, wenn er am 1. Januar 1913 (bzw. im Falle des § 9 des Ausdehnungsgesetzes vom 31. Mai 1920: am 1. Mai 1920) das fünfundfünfzigste Lebensjahr bereits vollendet hatte.

5. der Befreiungsantrag muß gestellt werden

a) von Kriegsteilnehmern und von allen Personen, die vor dem 1. Januar 1916 zu den Ange-

Digitized by Google

stellten im Sinne des § 395 gehört haben: bis zum 31. Dezember 1921,

b) von denjenigen Angestellten, die auf Grund des § 9 des Ausdehnungsgesetzes vom 31. Mai 1920 ihre Befreiung beantragen: bis zum 30. April 1923.

In allen übrigen Fällen ist heute ein Befreiungsantrag nicht mehr möglich.

6. Der Befreiungsantrag ist unter Angabe des Geburtsdatums an die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte in Berlin-Wilmersdorf, Hohenzollerndamm 193—195, zu richten, die die beizubringenden Unterlagen mitteilen wird.

7. Bis zur Entscheidung über den Antrag sind für den Angestellten die gesetzlichen Beiträge weiter zu entrichten.

Wird die Befreiung ausgesprochen, so wirkt sie zurück bis zum ersten Tage desjenigen Monats, in welchem der Befreiungsantrag eingegangen ist. Ist der Antrag nicht unmittelbar an die Reichsversicherungsanstalt gerichtet, so gilt als Zeitpunkt des Eingangs der Tag, an dem er der zuständigen unteren Verwaltungsbehörde (Ausgabestelle) vorgelegt ist. Der Eingang des Antrags beim Rentenausschuß gilt dem Eingang bei der Reichsversicherungsanstalt gleich.

Die bis zum Tage der Wirkung des Befreiungsantrages fällig gewordenen Beiträge verbleiben der Reichsversicherungsanstalt, sie werden also nicht erstattet, sondern verfallen zugunsten der übrigen Versicherten. Soweit die bis zum Tage der Wirkung des Befreiungsantrages fällig gewordenen Monatsbeiträge noch nicht entrichtet sein sollten, werden sie nachträglich eingefordert. Über den Tag der Wirkung des Befreiungsantrages hinaus gezahlte Beiträge werden ohne Zinsen zurückerstattet.

8. auf die ausgesprochene Befreiung kann verzichtet werden. Der Verzicht ist aber endgültig. Die Versicherungspflicht tritt mit dem Zeitpunkt wieder ein, an welchem die Erklärung des Verzichts auf die Befreiung eingegangen ist. (Entsch. des Oberschiedsgerichts vom 15. Juni 1918, Angestelltenversicherung, AmtlNachr. der Reichsversicherungsanstalt 1918, S. 236, Nr. 312.)

Beantwortung von Anfragen.

Rechtsauskünfte aus unserem Arbeitsgebiet erteilen wir den Beziehern unserer Zeitschrift bereitwillig, ohne indessen eine Verpflichtung oder eine zivilrechtliche Haftung zu übernehmen. Für schriftliche Auskunft wird Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten, und zwar auch dann, wenn nur Bescheid durch die Zeitschrift erbeten, die Sache aber zur Veröffentlichung an dieser Stelle nach unserem Ermessen nicht geeignet ist.

Grenze der Erstattungspflicht für Wochenhilfe nach § 197.

1. **Nach Düsseldorf-Derendorf.** Frage: Der Ersatzanspruch nach § 197 RVO. soll seine Höchstgrenze in dem Betrage finden, den die erstattungspflichtige Kasse hätte aufwenden müssen, wenn der Wochenfall bei ihr eingetreten wäre. Für die Berechnung der Leistungspflicht muß also das umgekehrte Verhältnis der Mitgliedschaft in Betracht gezogen werden. Ersatzfordernde Kasse ist A., ersatzpflichtige Kasse B.; es handelt sich um Familienwochenhilfe. Bei A. war die Wöchnerin an 140 Tagen, bei B. an 226 Tagen versichert. A. zahlte (einschließlich Mehrleistungen) 333,75 *M* und beansprucht Ersatz. B. hätte an die Wöchnerin nach ihrer Satzung nur 220,25 *M* zu leisten gehabt. Wäre B. tatsächlich leistungspflichtig geworden, dann hätte sie auf diesen Betrag erstattet erhalten vom Reich (§ 205d) 110,12 *M* und von A. (§ 197) $\frac{140 \cdot 110{,}13}{366}$ = 42,13 *M*, zusammen 152,25 *M*. B.'s Erstattungspflicht wäre also 68 *M*, die als Ersatz nach § 197 an A. in Betracht kämen. Ist diese Rechnung richtig? Wenn der Abzug von 42,13 *M* mit Rücksicht auf die Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 11. 2. 18 (Breithaupt VII. 159) nicht anerkannt wird, auf welche Bestimmung stützt sich dann die Berechtigung des Abzuges nach § 205d RVO.?

Antwort: Wir müssen mit Bedauern sagen, daß uns die Anfrage unverständlich ist. Was mit dem „umgekehrten" Verhältnis der Mitgliedschaft gemeint ist, können wir ebensowenig ergründen wie, welche Bedeutung die angeführte Entscheidung (Arb.-Vers. 1918 S. 389) für die Sache haben soll. Ferner ist es vielleicht wohl nur ein Irrtum im Ausdruck, wenn davon die Rede ist, daß die Wöchnerin bei A. an 140, bei B. an 226 Tagen versichert war. Denn da es sich um Familienhilfe handelt, kommt bei der nach § 205a Abs. 4 RVO. gebotenen entsprechenden Anwendung des § 197 nur die Mitgliedschaft des versicherten Familienhauptes in Betracht. Danach aber stellt sich die Sache so: Die Kasse A. hat an Leistungen der Wochenhilfe im ganzen 333,75 *M* verauslagt. Da aber hiervon das Reich die Hälfte trägt, so beträgt die nach § 197 RVO. in Betracht zu ziehende Leistung nur 166,88 *M* (zu vgl. ArbVers. 1919 S. 660 Ziff. 6c). Dieser Betrag ist nach Verhältnis der Mitgliedschaft im Jahre vor der Niederkunft zu teilen. Danach entfällt auf die erstattungspflichtige Kasse B. ein Betrag von $\frac{226 \cdot 166{,}88}{366}$ = 103,05 *M*. Bei der Frage, ob dieser Betrag die Leistungspflicht der Kasse B., falls sie leistungspflichtig gewesen wäre, übersteigt, ist gleichfalls nur das in Betracht zu ziehen, was dieser Kasse nach Abzug der vom Reich zu tragenden Hälfte zur Last geblieben wäre, das ist: 110,13 *M*, also mehr als jener Anteil von 102,77 *M*, so daß sie diesen letzteren Betrag voll erstatten muß. — Sollte bei dieser Rechnungsoperation, die doch nicht eigentlich unseres Amtes ist, ein Fehler vorgekommen sein, so bitten wir um Entschuldigung.

Behandlung der Verwaltungskosten im Rechnungsabschluß der Krankenkassen.

2. **Nach Lohr a. M.** Frage: Die Kasse steht demnächst vor dem Rechnungsabschluß und will den in Frage kommenden Betrag noch in Einnahme in das Geschäftsjahr 1920 einstellen. Berechnen sich die Verwaltungskosten nach dem Stand vom 1. Januar 1920 oder nach den am Schluß des Geschäftsjahres 1920 vorhandenen Geldbeständen? Unseres Erachtens darf nur der Betrag als Verwaltungskosten in Einnahme gestellt werden, der bei Beginn des Jahres (also 1. 1. 20) vorhanden war. Ist unsere Ansicht richtig?

Digitized by Google

Antwort: Die Anfrage beruht auf einer Verkennung des Zweckes des Rechnungsabschlusses, der eine vollständige Übersicht über die im Rechnungsjahre gemachten Einnahmen und Ausgaben enthalten soll. Verwaltungskosten sind Aufwendungen der Kasse zu Verwaltungszwecken und sind als solche in Spalte 6 des Rechnungsabschlusses für das Jahr, in welchem die Ausgabe tatsächlich gemacht worden ist — auch wenn sie aus dem Vorjahre herrühren sollte — in Ausgabe zu stellen; in Einnahme können Verwaltungskosten nur gestellt werden, wenn ein bereits verausgabter Betrag solcher Kosten aus irgendeinem Grunde zur Kasse zurückfließt. Zu vgl. §§ 15, 16 der Bekanntmachung v. 9. 10. 13 (ArbVers. S. 750).

Krankengeld nur bei Arbeitsunfähigkeit infolge der Krankheit.

3. **Nach Gröba.** Antwort: Daß der jetzt freiwillig Weiterversicherte im Jahre 1915 wegen Rheumatismus die Leistungen der Kasse für die volle Dauer von 26 Wochen bezogen hat, ist kein Grund, ihm anläßlich der neuerlichen Erkrankung seines Fußes infolge einer Blutvergiftung das Krankengeld zu versagen, wenn diese Krankheit ihn arbeitsunfähig macht (§ 182 Ziff. 2 RVO.). Nur wenn er schon ohnehin arbeitsunfähig gewesen sein sollte, würde diese Voraussetzung für den Anspruch auf Krankengeld nicht gegeben sein (zu vgl. Entsch. des RVA. in ArbVers. 1916 S. 472).

Versicherungsrechtliche Stellung eines Kirchendieners und Gemeindehelfers.

4. **Nach Penzig.** Frage: Ist der Kirchendiener und Gemeindehelfer, dessen Beschäftigung lediglich in Reinigung der Kirche und Handreichungen für den Geistlichen besteht, in der übrigen Zeit aber der Pflege der kranken Gemeindemitglieder nachgeht, in der Angestelltenversicherung zu versichern?

Antwort: Wir können aus Ihrer Anfrage nichts entnehmen, was die Annahme rechtfertigen könnte, daß es sich um einen Angestellten in gehobener Stellung im Sinne des § 1 Abs. 1 Ziff. 2 AngestVersGes. — welche Vorschrift allein in Frage kommen dürfte — handelt. Wir sehen den Mann lediglich als Gehilfen im Sinne des § 165 Abs. 1 Ziff. 2 und § 1226 Abs. 1 Ziff. 2 RVO., also nur als kranken- und invalidenversicherungspflichtig an (zu vgl. Anleitung des RVA. v. 26. 4. 12, Ziff. 38), nicht aber als angestelltenversicherungspflichtig.

Entziehung der Wochenfürsorge wegen Wegfall des Bedürfnisses?

5. **Nach Braunschweig.** Frage: Der Ehemann einer Frau, die am 21. 4. 21 niederkam, war vorher von Juli 1920 bis 20. April 1921 arbeitslos, bezog keine Erwerbslosenunterstützung und war auch die ganze Zeit hindurch kein Mitglied einer Krankenkasse. Für die Vorzeit vom 21. 4. 1920 bis Juli 1920 ist N. mit seiner Ehefrau mit 3900 *M* zur Steuer veranlagt. Zwei Stunden vor der Entbindung seiner Frau nimmt N. zum ersten Male wieder Arbeit an und hat einen täglichen Verdienst von 30 *M*. Ist die eingeleitete Wöchnerinnenfürsorge auf Grund des wiedererlangten Einkommens vorzeitig einzustellen? Z. B. am ersten Lohnzahlungstage, oder ist das Wochen- und Stillgeld durchzuzahlen? (Vgl. Wochenhilfegesetz, Kommentar Krause S. 145 Anm. 22; dagegen Kommentar Jäger Anm. 11 S. 101.

Antwort: Ohne die Zweifelhaftigkeit der Frage zu verkennen, schließen auch wir uns der Ansicht von Jaeger an. Die abweichende Auffassung von Krause beruht auf der Erwägung, daß das Gesetz die Wochenfürsorge nach § 17 des Wochenhilfegesetzes nur gewähren will, wenn die Beihilfe benötigt wird. Mit dem Wegfall des Bedürfnisses müsse daher die Fürsorge, die nur Minderbemittelten zugute kommen solle, wegfallen. Das können wir in dieser Allgemeinheit nicht zugeben. Wenn, wie im vorliegenden Fall, ein lange Zeit hindurch Erwerbsloser erst kurz vor der Entbindung seiner Frau überhaupt zu einem Einkommen gelangt, so wird er dadurch keineswegs unter allen Umständen und sofort in den Stand gesetzt, nunmehr die mit der Entbindung und dem Wochenbett verbundenen Kosten zu bestreiten, so daß man ohne weiteres annehmen könnte, daß eine Beihilfe nicht benötigt wird, wie § 17 Abs. 2 allerdings voraussetzt. Im vorliegenden Falle erscheint solche Annahme durch die Umstände nicht gerechtfertigt; und da jedenfalls im Jahre vor der Entbindung das Gesamteinkommen den Betrag von 4000 *M* nicht überstiegen hatte, halten wir die Entziehung der Wochenfürsorge nicht für zulässig.

Zuweisung der Mitglieder einer aufgelösten besonderen Ortskrankenkasse.

6. **Nach Altena.** Antwort: Wenn dort je eine besondere Ortskrankenkasse für Handwerker und eine für Bauhandwerker besteht, so kann die erstere satzungsmäßig nur Handwerker mit Ausschluß der Bauhandwerker umfassen. Würden nun bei einer Auflösung oder Schließung der Bauhandwerkerkasse die Mitglieder derselben gemäß § 300 RVO. der Handwerkerkasse zugewiesen, so würde das eine satzungsmäßige Erweiterung des Mitgliederkreises dieser Kasse bedingen, und eine solche Erweiterung ist nach § 243 Satz 2 RVO. ausgeschlossen. Die „zuständige" Kasse, der die Mitglieder der eingehenden besonderen Ortskrankenkasse nach § 300 zuzuweisen sind, ist daher die allgemeine Ortskrankenkasse. — Gegen die Entscheidung über diese Frage findet nach § 300 Abs. 2 Beschwerde an das Oberversicherungsamt statt. Sie ist binnen einem Monat (§ 128) vom Vorstande der Kasse, der die Rechte der Versicherten für beeinträchtigt erachtet, zu erheben. Näheres bei Hahn, Handb. Anm. 3 zu § 300.

a) **Unfallversicherung der Beschäftigung im vaterländischen Hilfsdienst?** b) **Mittelbares Beschäftigungsverhältnis einer Gutsverwaltersfrau?**

7. **Nach Bohwinkel.** Antwort: a) Nach § 1 der Vrdg. v. 24. 2. 17 (RGBl. S. 171, ArbVers. S. 177) unterlag, wer eine Beschäftigung im vaterländischen Hilfsdienst ausübte, den Vorschriften über die reichsgesetzliche Arbeiter- und Angestelltenversicherung, also auch den allgemeinen Vorschriften über die Unfallversicherung, d. h.: der Beschäftigte wurde nicht schon dadurch, daß er die Tätigkeit im vaterländischen Hilfsdienst ausübte, ohne weiteres unfallversicherungspflichtig und gegebenenfalls anspruchsberechtigt, sondern nur, wenn der Betrieb oder die Tätigkeit von der Art war, daß sie den Vorschriften der §§ 537 ff. RVO. unterlagen, auch wenn sie nach ihren persönlichen Verhältnissen außerhalb des Hilfsdienstes versicherungsfrei gewesen wären. Die

Digitized by Google

Beschäftigung als Hilfswachtmann in einem Gefangenenlager, die in der Begleitung der Gefangenen und ihrer Bewachung bei der Arbeit bestand, fällt aber nicht unter jene Vorschriften; insbesondere fehlt nach den vorliegenden Angaben jeder Anhalt für die Annahme, daß etwa § 537 Abs. 1 Ziff. 5 zutreffe.

b) Die Frau des Gutsverwalters erscheint nach dem, was vorliegt, nicht kranken- und invalidenversicherungspflichtig, wenngleich sie ihren Ehemann bei den ihm obliegenden Arbeiten unterstützt. Hierdurch würde ein mittelbares Arbeitsverhältnis und folglich auch Versicherungspflicht nur dann begründet sein, wenn die Umstände die Annahme rechtfertigten, daß der Gutsbesitzer, auch ohne ausdrückliche Erklärung, auf die Mitwirkung der Frau gerechnet und den Lohn danach bemessen habe (zu vgl. Anleitung des RVA. v. 26. 4. 12 Ziff. 14). Ob dies der Fall ist, ist eine Frage der tatsächlichen Feststellung. Daß dem Verwalter zur Erledigung gewisser Arbeiten, die wohl Frauensache sind, eine Magd beigegeben ist, schließt zwar nicht schlechthin aus, daß auch auf die Hilfe der Ehefrau gerechnet wird, weist aber eher auf die gegenteilige Annahme hin. Nötigenfalls müssen zur näheren Aufklärung Beweiserhebungen stattfinden.

Änderung der Wahlbekanntmachung.

8. **Nach Hemer.** Antwort: Nach § 4 der Wahlordnung müssen Ort, Tag, Beginn und Ende der Wahl spätestens 6 Wochen vor dem Wahltag bekanntgemacht werden. Ist also die Bekanntmachung bereits unter der Angabe der Zeit von 2 bis 6 Uhr erfolgt, so ist eine Änderung in diesem Punkte nur zulässig, wenn diese Änderung gleichfalls noch spätestens sechs Wochen vor dem Wahltag bekanntgemacht werden kann.

Voraussetzungen freiwilliger Weiterversicherung und ihres Erlöschens (§§ 313, 314 RVO.)

9. **Nach Kulmbach.** Frage: Eine Wöchnerin B. fordert Wochenhilfe gemäß § 195 RVO. wegen einer Entbindung vom 9. 4. 21. Auf Befragen erklärte B., die vorher mehrere Jahre als Dienstmagd beschäftigt war, daß sie seit 2. 2. 21 nicht mehr im Dienste sei, daß der betreffende Arbeitgeber sie nicht abgemeldet habe, weil sie ihn kurz nach ihrem Austritt ersucht habe, die Abmeldung zu unterlassen, und sich ihm gegenüber verpflichtete, die Beiträge selbst zu zahlen bzw. ihm zu ersetzen. Sie wäre hierzu von dem Meldestellenverwalter der Kasse (es handelt sich um eine vom Versicherungsamt gemäß § 319 RVO. errichtete Meldestelle) veranlaßt worden, bei dem sie kurz nach ihrem Austritt aus dem Dienste gewesen wäre, um ihre Versicherung aufrechtzuerhalten, und der ihr geraten habe, um die Versicherung aufrechtzuerhalten, den Arbeitgeber zu veranlassen, sie nicht abzumelden und diesem die weiterzuzahlenden Beiträge zu ersetzen. Wir haben, da die B. nicht abgemeldet und uns von der Rücksprache mit dem Meldestellenverwalter nichts bekannt war, die Beiträge zusammen mit den Beiträgen der noch bei demselben Arbeitgeber beschäftigten Arbeitnehmer dem Arbeitgeber in Rechnung gestellt. Diese wurden von der Meldestelle eingehoben und ohne weitere Benachrichtigung zusammen mit anderen Beiträgen an uns weitergeleitet. — a) Ist nun durch den kurz nach Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses durch die B. dem Meldestellenverwalter gegenüber geäußerten Wunsch, die Versicherung bei uns aufrechtzuerhalten bzw. sich freiwillig weiterzuversichern, eine Weiterversicherung nach § 313 RVO. herbeigeführt worden, trotzdem die Satzung vorschreibt, daß, wer Mitglied bleiben will, dies der Kasse binnen drei Wochen nach dem Ausscheiden anzeigen muß, und daß es der Anzeige gleichsteht, wenn in der gleichen Zeit die satzungsmäßigen Beiträge voll gezahlt werden? b) Wenn dies bejaht wird: ist die freiwillige Weiterversicherung der B. bis zum 9. April nicht erloschen, da die Kasse in der Satzung vorschreibt, daß Versicherungsberechtigte die Beiträge jeweils bis zum 2. jeden Monats im voraus an die Kasse direkt abzuführen haben, während die Beiträge für Versicherungspflichtige vom Arbeitgeber nachträglich am 15. jeden Monats bei der Melde- und Einhebestelle einzuzahlen sind und demzufolge die Beiträge am 15. März und 15. April für die Zeit vom 2. 2. 21 bis 26. 3. 21 an die Meldestelle — also nicht wie vorgeschrieben, an die Kasse direkt — bezahlt wurden?

Antwort: Wir halten es für angängig und besonders unter den obwaltenden Umständen für billig, die dem Meldestellenverwalter gegenüber erklärte Absicht der Weiterversicherung als eine hinreichende Anzeige bei der Kasse, nämlich bei einem sie in diesen Angelegenheiten vertretenden Organe, gelten zu lassen. Wollte man dies aber verneinen, so wäre weiterhin jedenfalls durch die vom Arbeitgeber für die aus seinem Dienst ausgeschiedene Frau in der Absicht der freiwilligen Weiterversicherung geleistete Zahlung die Mitgliedschaft für aufrechterhalten anzusehen. Hierüber verweisen wir auf ArbVers. 1920 S. 276 Ziff. 1b. Diese Mitgliedschaft ist auch nicht erloschen dadurch, daß die Beiträge statt am 2. jeden Monats im voraus immer am 15. des Monats nachträglich gezahlt wurden. Denn das bedeutete nur, daß die Versicherte mit jeder Zahlung zwei Wochen im Verzuge war. Das Erlöschen der Mitgliedschaft nach § 314 Abs. 1 RVO. tritt aber infolge zweimaligen Zahlungsverzuges erst ein, wenn der erste Verzug mindestens vier Wochen gedauert hat. Daß die Zahlung der Beiträge bei der Melde- und Einhebestelle, statt unmittelbar bei der Kasse erfolgt ist, halten wir unter dem Gesichtspunkte des § 314 Abs. 1 für unerheblich, wenn die Einhebestelle sie angenommen und zur Kasse abgeführt hat.

Zur Anwendung des § 397 Abs. 4 RVO.; Beiträge für volle „Kalenderwochen".

10. **Nach Halle a. S.** Antwort: Nach § 397 Abs. 4 RVO. kann die Satzung bestimmen, daß die Beiträge stets für volle „Wochen" erhoben werden. Ihre Satzung enthält eine entsprechende Bestimmung, spricht aber von vollen „Kalenderwochen", und Ihre Anfrage unterstellt, daß das einen Zeitraum von Montag bis Sonntag bedeute. Wir halten zunächst diese Auslegung nicht für bedenkenfrei, da man unter Kalenderwoche gemeinhin den Zeitraum von Sonntag bis Sonnabend versteht. Immerhin mag es wahrscheinlich sein, daß man bei Abfassung der Satzung die „Beitragswoche", wie sie im § 1387 Abs. 3 RVO. als am Montag beginnend festgelegt ist, im Auge gehabt hat, und es mag daher von dieser Auslegung ausgegangen werden. Sie fragen nun, wie es sich verhalte, wenn jemand am Sonntag in die Kasse eintritt oder an diesem Tage wieder arbeitsfähig wird; ob dann der Beitrag für die volle vergangene Woche vom Montag ab zu entrichten sei, und zwar sowohl wenn die Beschäftigung an allen Tagen der Woche

Digitized by Google

als auch, wenn sie nur an den Werktagen erfolge — obwohl nach der Satzung die Beiträge nur für Werktage zu zahlen seien. Hierbei übersehen Sie, daß nach der, freilich bestrittenen, Auffassung des Reichsversicherungsamts der § 397 Abs. 4 RVO. und folglich auch eine auf ihm beruhende Satzungsbestimmung sich nur auf die Einwirkung des Ausscheidens aus der Kasse bezieht und daß die Regel des § 383, wonach bei Arbeitsunfähigkeit für die Dauer der Krankenhilfe keine Beiträge zu entrichten sind, ausnahmslos gilt, also auch durch eine dem § 397 Abs. 4 entsprechende Bestimmung der Satzung nicht berührt wird (zu vgl. Entsch. 1789 und 2296, Amtl. Nachr. 1913 S. 830 und 1916 S. 811, ArbVers. 1914 S. 139, 140). Danach sind, wenn jemand erst am Sonntag, dem letzten Tage der Beitragswoche, in die Kasse eintritt, oder wenn ein arbeitsunfähig erkrankter Versicherter von diesem Sonntag ab wieder arbeitsfähig ist, Beiträge für die vorausgegangenen sechs Wochentage in keinem Falle zu entrichten.

Rückwirkende Verleihung der Beamteneigenschaft hebt die Versicherungspflicht für die Vergangenheit nicht auf.

11. **Nach Rochlitz.** Antwort: Das Arbeitsverhältnis ist bezüglich der Versicherung nach den Umständen zu beurteilen, wie sie zu der in Frage stehenden Zeit vorlagen. Es ist nicht anzunehmen, daß das ganze Versicherungsverhältnis nachträglich dadurch soll umgestaltet werden können, daß die Neuregelung des Beschäftigungsverhältnisses auch auf die Vergangenheit erstreckt wird. Dadurch würde die Übersichtlichkeit der Geschäftsführung der Kasse stark beeinträchtigt werden. Man berücksichtige, daß den Änderungen von Tarifverträgen in unzähligen Fällen rückwirkende Kraft beigelegt wird. Es würde für die Kasse eine kaum zu bewältigende Arbeit bedeuten, wenn sie bei Berechnung der Grundlöhne, Beiträge und Leistungen für die Vergangenheit einstellen sollte. Daß eine Veränderung des Arbeitslohnes mit rückwirkender Kraft ohne Einfluß auf den Grundlohn für die Vergangenheit ist, hat das RVA. bereits durch eine Entscheidung vom 21. Dezember 1918 (ArbVers. 1919 S. 372) ausgesprochen. Entsprechend ist der Fall zu entscheiden, daß ein Angestellter einer Behörde Beamteneigenschaft erhält, durch die die Versicherungspflicht ausgeschlossen wird, und die Ernennung zum Beamten rückwirkende Kraft erhält. Die Kasse braucht die Beiträge nicht zu erstatten. Sie hätte auch nicht von dem Beamten Ersatz für etwa von ihr gewährte Leistungen beanspruchen können.

Zur Anwendung des § 197 RVO. gegenüber Ersatzkassen.

12. **Nach Bünde.** Frage: Eine kaufmännische Ersatzkasse beantragt für die der Ehefrau eines Mitgliedes, dessen Rechte und Pflichten bei unserer Kasse ruhen, gewährte Familienwochenhilfe anteiligen Ersatz, ohne nachzuweisen, daß der anspruchsberechtigte Ehemann zur Zeit der Niederkunft seiner Ehefrau noch versicherungspflichtig war. Wir haben die Erstattung von diesem Nachweise abhängig gemacht. Ist das begründet?

Antwort: Nein! Wir haben im Heft 13 S. 257 Ziff. 3 dargelegt, daß § 197 RVO. für Ersatzkassen nur hinsichtlich solcher Versicherter gilt, die versicherungspflichtig sind, deren Rechte und Pflichten bei der Pflichtkrankenkasse aber ruhen. Wenn die Ortskrankenkasse in der Anfrage davon ausgeht, daß die Rechte und Pflichten des Ehemanns der Wöchnerin nach § 517 RVO. ruhen, so schließt das ein, daß der Ehemann noch jetzt versicherungspflichtig ist, also es wohl auch zur Zeit der Niederkunft seiner Frau war. Sollte Grund vorliegen, dies zu bezweifeln, so würde es der Ortskrankenkasse obliegen, der Sache nachzugehen, da ihr, nicht aber der Ersatzkasse gesetzliche Mittel hierzu in der von dem Ruhen der Rechte und Pflichten unberührt gebliebenen Meldepflicht des Arbeitgebers (§ 317 RVO.) gegeben sind. Wäre die Versicherungspflicht weggefallen, so hätte der Arbeitgeber den Versicherten bei der Ortskrankenkasse abmelden müssen. Ist dies nicht geschehen, so hat sie die Versicherungspflicht als fortdauernd anzusehen oder, falls Bedenken hiergegen bestehen, den Sachverhalt zu klären.

Versagung von Krankengeld wegen Verletzung beim Fußballspiel?

13. **Nach Coburg.** Antwort: Es mag sein, daß das Fußballspiel oft in gefährlicher Weise oder, wie Sie es ausdrücken, roh betrieben wird. Aber das Spiel an sich läßt sich nicht unter den Begriff einer Schlägerei oder eines Raufhandels im Sinne einer dem § 192 RVO. entsprechenden Satzungsbestimmung bringen, und eine hierbei vorgekommene Verletzung kann auch nicht als Krankheit gelten, die sich der Spieler vorsätzlich zugezogen hat, was doch voraussetzen würde, daß seine Absicht auf die Selbstverletzung gerichtet gewesen wäre. Das Krankengeld darf also in Fällen dieser Art nur dann ganz oder teilweise versagt werden, wenn etwa das Spiel, das seiner Natur nach ein Kampfspiel ist, dadurch zu einer Schlägerei oder einem Raufhandel ausgeartet wäre, daß Beteiligte die Grenzen des Spiels überschritten und bewußt zu Tätlichkeiten gegeneinander übergingen.

Frage zu § 197 RVO.

14. **Nach Mügeln.** Antwort: a) Es fehlt an jedem Rechtsgrunde für die Annahme, daß die Krankenkasse, welche einer anderen Kasse auf Grund des § 197 RVO. anteiligen Ersatz ihrer Leistungen gewährt hat, hierdurch als Rechtsnachfolgerin der leistungspflichtigen Kasse in andere Ersatzansprüche, die dieser Kasse zustehen, eintritt. Ein Ersatzanspruch aus § 1542 RVO. in seiner älteren Fassung gegen den Vater des unehelichen Kindes konnte nur für die Kasse in Frage kommen, welche die Wochenhilfe gewährt hat. Nimmt diese Kasse von der Geltendmachung des Anspruchs Abstand, so steht es der ersatzleistenden Kasse (§ 197) nicht zu, nunmehr ihrerseits den Anspruch gegen den Vater des Kindes zu verfolgen.

b) Wöchnerin ist die Versicherte allerdings erst vom Zeitpunkt der Niederkunft ab; aber das Wochengeld für die vier Wochen vor der Niederkunft ist nach § 195a Abs. 1 Ziff. 2 RVO. mit dem Tage der Entbindung fällig, steht ihr also als Wöchnerin zu und ist daher bei der Berechnung der nach § 197 RVO. anteilig zu erstattenden Leistungen selbstverständlich mit in Rechnung zu stellen. Wir können einen Zweifelsgrund in dieser Hinsicht nicht erkennen.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Str. 12.
Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., in Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bernhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

Heft 1320 der ganzen Folge.

38. Jahrgang | 21. Juni 1921 | Heft 18

Die Grundlagen für den Abschluß der Arztverträge durch die Krankenkassen.

Von G. Heymann, Korrespondent beim Hauptverband Deutscher Ortskrankenkassen in Dresden.

a) Entwicklung.

Die Beziehungen zu den Ärzten sind gemäß § 368 RVO. durch schriftlichen Vertrag zu regeln. Näheres über den notwendigen Inhalt der Verträge, das Arztsystem, die Art der Vergütung, die zuständigen Stellen für die Schlichtung der sich aus den Verträgen und im allgemeinen ergebenden Streitigkeiten enthält das Gesetz nicht. Die Regelung dieser Fragen bleibt vielmehr den einzelnen Kassen selbst überlassen. Zur Herbeiführung einer Einigung zwischen Krankenkassen und Ärzten ist daher zwischen den Krankenkassenverbänden und den Organisationen der Ärzte das Einigungsabkommen oder sogenannte Berliner Abkommen vom 23. Dezember 1913 als Grundlage geschaffen worden. Der 1913 drohende allgemeine Ärztestreik wurde durch dieses Abkommen verhütet. Zu dem Abkommen sind Ausführungsbestimmungen erlassen worden. Es wurde durch das Abkommen insbesondere nur die Zulassung der Ärzte und die Entscheidung der Streitigkeiten zentral geregelt. Dagegen wurden Vereinbarungen über die Art und Höhe der Vergütung der ärztlichen Leistungen zunächst noch nicht getroffen. Es war natürlich schon seinerzeit klar, daß diese Vereinbarungen zur Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen nicht ausreichend waren. Eine weitergehende Verständigung konnte aber damals noch nicht erzielt werden. Das Abkommen hat sich auch im Laufe der Zeit als unzulänglich erwiesen. Erst die Tarifvereinbarungen zwischen den Krankenkassenverbänden und den Ärzteorganisationen vom 9. Dezember 1919, die eine Ergänzung bzw. Änderung des Berliner Abkommens darstellen, bedeuten eine wichtige Vervollständigung des seinerzeitigen Abkommens. Zur Behebung von Meinungsverschiedenheiten wurden zu diesen Tarifvereinbarungen ebenfalls Erläuterungen festgestellt. Durch die Tarifvereinbarungen wurde die Vergütung für die Ärzte zentral geregelt und den Kassen sowohl wie den Ärzten eine Grundlage gegeben, auf die sie sich bei den Verhandlungen stützen konnten.

Aber die in den Tarifvereinbarungen vorgesehenen Vergütungssätze erschienen den Ärzten alsbald zu gering. Sie forderten deshalb eine Erhöhung. Inzwischen wurde jedoch durch eine Verordnung die infolge der Geldentwertung unzureichende Versicherungsgrenze erhöht. Diese Gelegenheit benutzten die Ärzte dazu, allerorts die Tätigkeit für die Kassen einzustellen, um dadurch eine Erhöhung der in den Tarifvereinbarungen vom 9. 12. 19 vereinbarten Vergütungssätze zu erreichen. Zur Begründung ihres

Digitized by Google

Standpunktes führten sie an, daß durch die Erhöhung der Versicherungsgrenze eine Verminderung ihrer Privatpraxis eingetreten sei und sie deshalb eine Erhöhung der Vergütung zu fordern gezwungen sind. Der Streit wurde dann durch den Schiedsspruch des Reichsarbeitsministeriums vom 2. Juni 1920 geschlichtet. Durch den Schiedsspruch erfolgte eine Erhöhung der in den Tarifvereinbarungen vom 9. Dezember 1919 festgelegten Vergütungssätze. Gleichzeitig trafen die Krankenkassenverbände und Ärzteorganisationen die Vereinbarungen über das Arztsystem vom 1. Juni 1920. Der Schiedsspruch und die Vereinbarungen über das Arztsystem wurden dann durch die Vereinbarungen vom 21. Juni 1920 wiederum ergänzt bzw. in einigen Punkten abgeändert. Ferner wurden noch die Vereinbarungen vom 18. Juli 1920 getroffen, um über die sich aus den bisherigen Vereinbarungen ergebenden Meinungsverschiedenheiten eine Verständigung herbeizuführen. Da jedoch die Tarifvereinbarungen vom 9. Dezember 1919 und mit ihnen der Schiedsspruch nur für das Jahr 1920 Gültigkeit hatten, vereinbarten die Parteien am 22. März 1921 die Verlängerung dieser Abkommen bis zum 31. März 1922. Gleichzeitig kamen in den letzteren Vereinbarungen wichtige Grundsätze für die Errichtung eines Zentralschiedsamtes als Berufungsinstanz bei Streitigkeiten zustande. Für den Abschluß der Arztverträge sind somit eine Anzahl Vereinbarungen maßgebend, so daß es im einzelnen Falle oft Schwierigkeiten bereiten wird, einen den Vereinbarungen gerecht werdenden Vertrag zustande zu bringen. Anzuwenden sind also das Berliner Abkommen vom 23. Dezember 1913, die Tarifvereinbarungen vom 9. Dezember 1919, die Vereinbarungen über das Arztsystem vom 1. Juni 1920, der Schiedsspruch vom 2. Juni 1920, die Vereinbarungen vom 21. Juni 1920, vom 18. Juli 1920 und vom 22. März 1921. Der Wortlaut der Vereinbarungen dürfte aus den Fachzeitschriften allenthalben bekannt sein.

Obgleich der Schiedsspruch und die Vereinbarungen nur für die Kassen und Ärzte verbindlich sind, die sie anerkannt haben, besteht kein Zweifel darüber, daß die Bestimmungen auch für die übrigen Kassen maßgebend sind. Sie sind als allgemein zugrunde zu legende Bedingungen zu erachten. Es kann hierzu auf die Entscheidung des preußischen Ministers für Volkswohlfahrt vom 18. Juni 1920 verwiesen werden. Darin kommt zum Ausdruck, daß die Genehmigung zur Anwendung des § 370 RVO. zu versagen ist, wenn die Ärzte zur Behandlung der Mitglieder nach den Bedingungen des Schiedsspruches und der Vereinbarungen vom 1., 2. und 21. Juni 1920 bereit sind, weil dadurch eine Grundlage für die Behandlung der Kassenmitglieder zu angemessenen Bedingungen gegeben ist. Die Anwendung des § 370 RVO. setzt aber voraus, daß die Kassen mit den Ärzten keine Vereinbarungen zu angemessenen Bedingungen erlangen können.

Ist ein neuer Vertrag mit den Ärzten zu schließen, z. B. weil der alte gekündigt worden ist oder abläuft, dann ist zunächst nach Ziffer 4 des Berliner Abkommens im Vertragsausschuß zu verhandeln und dort der Wortlaut des neuen Vertrages festzustellen. Ist im Vertragsausschuß keine Einigung zu erzielen, dann entscheidet das Schiedsamt beim Oberversicherungsamt. Nach den Vereinbarungen vom 22. März 1921 ist unter den dort gegebenen Voraussetzungen gegen die Entscheidung des Schiedsamtes die Berufung an das Zentralschiedsamt zulässig. Für den Aufbau des Vertrages ist es zweckmäßig, wenn die Kassen das vom Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen herausgegebene Muster zu einem Arztvertrage beachten, das die notwendigen allgemeinen Bestimmungen enthält.

b) Arztsystem.

Soweit im Vertragsausschuß von den Kassen- oder Ärztevertretern eine Änderung des Arztsystems gewünscht wird, ist zu prüfen, ob nach den örtlichen Verhältnissen

Digitized by Google

oder den zentralen Vereinbarungen eine solche Änderung vorgenommen werden kann. In Betracht kommt dabei 1. die unbeschränkt freie Arztwahl, das ist die freie Wahl unter allen Ärzten im Kassenbezirk ohne Rücksicht auf ihre Zugehörigkeit zu einem Ärzteverein; 2. die organisiert freie Arztwahl, d. i. die freie Wahl unter den Mitgliedern des Ärztevereins des Bezirks, die den zwischen der Kasse und der ärztlichen Bezirksorganisation getroffenen Vereinbarungen beigetreten sind; 3. die beschränkt freie Arztwahl, d. i. die Wahl unter einer beschränkten Zahl von Ärzten, die von der Kasse zugelassen sind; 4. das Bezirksarztsystem, d. i. die freie Wahl unter den Ärzten des Kurbezirks. Bei dem letzteren System ist der Kassenbezirk in verschiedene Kurbezirke einzuteilen. Die Vorzüge und Nachteile des einen oder anderen Systems sollen hier unerörtert bleiben, es ist darüber schon viel geschrieben worden. Bei laufenden Verträgen kann nach den Vereinbarungen vom 18. Juli 1920 eine Änderung des Arztsystems erst bei ihrem Ablauf eintreten, soweit nicht örtlich unter den Parteien, und zwar ohne Mitwirkung des Schiedsamtes, freiwillig anderes vereinbart wird. Jedoch kann auf Antrag einer Partei, der bis zum 1. Juli 1921 zu stellen ist, eine Änderung des Arztsystems schon zum 1. Januar 1922 eintreten. Die Vereinbarungen über das Arztsystem vom 1. Juni 1920 beziehen sich nur auf die freie Arztwahl und besagen, daß die freie Arztwahl aufrecht zu erhalten ist, wo sie bereits besteht, vorausgesetzt, daß dabei die Leistungsfähigkeit der Kasse nicht gefährdet ist. Ist über die Einführung der freien Arztwahl keine Einigung zu erzielen, dann entscheidet das Schiedsamt. Es hat dabei zu prüfen, für welches System überwiegend wichtige Gründe vorliegen. Insbesondere ist die ausreichende ärztliche Versorgung der Mitglieder und die finanzielle Leistungsfähigkeit der Kasse in Betracht zu ziehen. Gegen die Entscheidung des Schiedsamtes kann Berufung beim Zentralschiedsamt z. H. des Reichsversicherungsamtes eingelegt werden. Dieses entscheidet endgültig. Durch das Zentralschiedsamt, das nicht nur bei einer Änderung des Arztsystems, sondern auch in anderen Streitfällen aus den Vereinbarungen entscheidet, dürfte nunmehr eine einheitlichere Schlichtung der Streitigkeiten erfolgen und die oft einander widersprechenden Entscheidungen der Schiedsämter ein Ende nehmen.

c) Pauschsatz.

Die Art und Höhe der im Vertrage zu vereinbarenden Vergütung kann verschieden geregelt werden. Erfolgt die Bezahlung nach einem Pauschsatz, dann soll nach Ziffer 1 der Tarifvereinbarungen vom 9. Dezember 1919 durch den Pauschsatz die Bezahlung der Fachärzte und die sogenannten Sonderleistungen mit abgegolten sein. Nur die Wegegebühren und die Kosten für besonders teuere Heil- und Untersuchungsmethoden sollen außerhalb des Pauschsatzes bezahlt werden. Die Fachärzte haben nach den Vereinbarungen keinen Anspruch auf eine höhere Vergütung, es sei denn, daß die übrigen Ärzte mit einer abweichenden Regelung einverstanden sind. In diesem Falle würde den Fachärzten aus der Pauschsumme ein höherer Betrag gezahlt werden können. Übrigens haben die Fachärzte auch nach der preußischen Gebührenordnung keinen Anspruch auf eine höhere Vergütung. Sind bisher die Sonderleistungen außerhalb des Pauschsatzes bezahlt worden, dann wäre natürlich bei einem den Tarifvereinbarungen entsprechenden Pauschsatz einschließlich der Sonderleistungen ein entsprechend höherer Betrag zu bewilligen. Die Ausgaben für die Sonderleistungen betragen nach den bisherigen statistischen Unterlagen ungefähr ⅓ der Ausgaben für Besuche und Beratungen. Ist also bisher ein Pauschsatz von 18 M. ohne Sonderleistungen gezahlt worden, dann käme jetzt ein Pauschsatz von 24 M. einschließlich Sonderleistungen in Frage. Da der Pauschsatz für jedes Kassenmitglied zu

Digitized by Google

zahlen ist, muß noch vereinbart werden, inwieweit für auswärts wohnende Personen, für die eine Behandlung durch die vertraglichen Ärzte nicht in Frage kommt, der Pauschsatz nicht bezahlt wird. Außerdem ist zu vereinbaren, inwieweit die Kosten bei Behandlung durch Nichtkassenärzte von der Pauschsumme in Abzug gebracht werden. Es kommen hierbei z. B. die dringenden Fälle in Betracht, in denen kein Kassenarzt zugezogen worden ist.

Die Verteilung der Pauschsumme an die einzelnen Ärzte bleibt der örtlichen Vereinbarung überlassen. Meistens erfolgt die Verteilung durch den Ärzteverein, der die zur Verfügung stehende Summe unter Berücksichtigung der Tätigkeit des einzelnen Arztes verhältnismäßig verteilt. Hervorzuheben ist noch, daß sich die Höhe des zu gewährenden Pauschsatzes nicht nach der Höhe des Betrages zu richten hat, der sich bei Bezahlung nach Einzelleistungen ergeben würde, wie das in der Ziffer 2 des Schiedsspruches vorgesehen war. Die alte Fassung der Ziffer 2 des Schiedsspruches hat durch die Vereinbarungen vom 21. Juni 1920 eine Änderung mit der Maßgabe erfahren, daß die Höhe des zu vereinbarenden Pauschsatzes der Regelung im Einzelfalle überlassen bleibt. Bei der Forderung eines zu hohen Pauschsatzes ist allerdings in Betracht zu ziehen, ob nicht die Bezahlung nach Einzelleistungen vorzuziehen ist. Jedoch kommt die Vereinbarung einer Begrenzung der Ausgaben für die ärztliche Behandlung nur bei der Bezahlung nach Einzelleistungen, nicht aber bei der Bezahlung nach einem Pauschsatz in Frage. Für die Behandlung der Angehörigen braucht nicht ein höherer oder besonderer Pauschsatz vereinbart zu werden, sondern es sind dafür gemäß Ziffer 6 der Tarifvereinbarungen vom 9. Dezember 1919 die gleichen Sätze zu bezahlen, die sich für die Behandlung der Mitglieder ergeben.

d) Einzelleistungen.

Bei der Bezahlung nach Einzelleistungen ist die Vereinbarung einer Begrenzung der Ausgaben erforderlich, damit die Ausgaben für die ärztliche Behandlung nicht ins Ungemessene steigen; denn bei der Bezahlung nach Einzelleistungen läßt sich der an die Ärzte zu zahlende Betrag nicht so sicher ermitteln, wie bei der Pauschalbezahlung. Die Vereinbarung der Begrenzung der Ausgaben liegt auch im Interesse der Ärzte selbst, die die Vielgeschäftigkeit einzelner Ärzte nicht gutheißen werden. Die Begrenzung kann nach der Anzahl der Leistungen oder nach Prozenten der Beitragseinnahme erfolgen. Die Begrenzung nach der Zahl der Leistungen ist gegenüber der Begrenzung nach Prozenten der Beitragseinnahme als gerechter zu bezeichnen, weil die Höhe der Beitragseinnahme ständigen Schwankungen unterliegt. Eine Begrenzung erübrigt sich dort, wo der Arzt in der Regel im Vierteljahr nicht mehr als 50 Krankheitsfälle behandelt. Es soll vereinbart werden, daß im Vierteljahresdurchschnitt die Zahl von zusammen vier Beratungen und Besuchen für den einzelnen Krankheitsfall nicht überschritten werden darf. Die Sonderleistungen zählen dabei nicht mit. Hierbei können Zweifel darüber entstehen, was unter einem Krankheitsfall zu verstehen ist, wenn der Versicherte zugleich wegen mehrerer Leiden behandelt wird. Es ist aber davon auszugehen, daß die von dem Arzt festgestellten einzelnen Diagnosen nicht je für sich einen Krankheitsfall darstellen, sondern daß die während der Behandlungsdauer gefundenen Diagnosen zusammen einen einheitlichen Krankheitsfall bilden. Ein neu zu zählender Krankheitsfall in dem Vierteljahre würde nur dann vorliegen, wenn der Versicherte eine Zeitlang aus der ärztlichen Behandlung entlassen worden ist und danach wegen eines neuen Falles behandelt wird. Der Krankheitsfall ist also begrifflich dem Versicherungsfall in der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes gleichzustellen. Greift jedoch ein Krankheitsfall von dem einen Vierteljahr in das andere Vierteljahr über, dann ist er in jedem Vierteljahr

Digitized by Google

wieder von neuem zu zählen; andernfalls würde in der Praxis eine wirksame Kontrolle schwer durchführbar sein. Ist eine Begrenzung der Beratungen und Besuche vorgesehen, dann erübrigt sich die Begrenzung nach Prozenten der Beitragseinnahme und umgekehrt. Ob sich die Begrenzung nach der Anzahl der Leistungen auch auf die Wegegebühren mit bezieht, muß noch geklärt werden. Da nach Ziffer 6 der Tarifvereinbarungen vom 9. Dezember 1919 die Sätze für die Behandlung der Familienangehörigen keine höheren Beträge ergeben dürfen, als durchschnittlich für die Behandlung der Mitglieder festgestellt werden, gilt das hier über die Begrenzung Gesagte auch für die Vergütung der Angehörigenbehandlung.

Wird die den Ärzten zur Verfügung stehende, infolge der Begrenzung nach der Anzahl der Leistungen beschränkte Summe überschritten, so ist der überschießende Betrag zugunsten der Kasse zu kürzen. Dabei ist jedoch das Verhältnis der Beratungen zu den Besuchen in Betracht zu ziehen. Im allgemeinen kommen durchschnittlich auf 10 Grundleistungen 9 Beratungen und 1 Besuch. Da für die Beratung 4 M. und für den Besuch 6 M. gezahlt werden, sind im Durchschnitt für eine Leistung 4,20 M. zu zahlen. Dieser Betrag ergibt sich aus der Berechnung von 9 Beratungen zu 4 M. = 36 M. und 1 Besuch zu 6 M., im ganzen 42 M. für 10 Grundleistungen. Für den Versicherungsfall ergibt das bei einer Begrenzung der Ausgaben auf 4 Grundleistungen im Vierteljahre einen Betrag von 16,80 M., der für Beratungen und Besuche höchstens zu zahlen ist. In diesem Verhältnis würde eine Kürzung der Rechnungen erfolgen können. Zu beachten ist noch, daß außer dem erwähnten Betrage von 16,80 M. die Sonderleistungen besonders vergütet werden. Für diese sind im allgemeinen 33⅓ vom Hundert der Ausgaben für Beratungen und Besuche zu entrichten, so daß zu dem erwähnten Betrag von 16,80 M. noch 5,60 Mark für die Sonderleistungen kommen. Das ergibt im ganzen für einen Versicherungsfall im Vierteljahr einen Betrag von 22,40 M. als Höchstvergütung. Es kann hierzu noch auf die in der „Ortskrankenkasse" 1921 Sp. 223 veröffentlichten Ausgaben der Allgemeinen Ortskrankenkasse Frankfurt a. M. für ärztliche Behandlung hingewiesen werden. Darnach kommen auf einen Fall 3,6 Grundleistungen für Mitglieder. Die Vereinbarung der Begrenzung der Ausgaben auf vier Grundleistungen für den Versicherungsfall erscheint demnach ausreichend.

Für dringende Besuche und Beratungen und für Besuche an Sonntagen ist in den zentralen Vereinbarungen keine höhere Gebühr vorgesehen. Das schließt aber nicht aus, daß örtliche Abweichungen getroffen werden können. Als angemessen dafür können die Mindestsätze der amtlichen Gebührenordnung angesehen werden. Bei Bezahlung nach Einzelleistungen sollte auch noch vertraglich vereinbart werden, daß alle im Verkehr mit der Kasse erforderlichen Bescheinigungen kostenlos ausgestellt werden. Enthält der Vertrag keine solche Bestimmung, dann ist der Arzt berechtigt, für solche Bescheinigungen eine Gebühr nach den Sätzen der Gebührenordnung zu verlangen.

e) Wegegebühren.

Die Wegegebühren sollen nach Doppelkilometern bemessen werden. Die zu zahlenden Doppelkilometer werden ermittelt, indem die sich aus der Hin- und Rückfahrt ergebenden Kilometer durch zwei geteilt werden. Von dem in dem Schiedsspruch festgelegten Satz von 6 M. für den Doppelkilometer kann bei schwieriger Beschaffenheit des Geländes abgewichen werden. Die Pauschalierung der Wegegebühren ist zulässig. Zweckmäßig ist es, wenn sich die Kassen eines Bezirkes verständigen und eine gemeinsame Abrechnungsstelle für Wegegebühren schaffen. Die Kassen können dann die Wegegebühren entsprechend kürzen, wenn der Arzt bei einer Rundfahrt Versicherte mehrerer Kassen zugleich besucht. Zu einer solchen Vereinbarung ist aber das

Digitized by Google

Einverständnis der Ärzte erforderlich. Die Ärzte sind nicht verpflichtet, sich hierbei die in der Privatpraxis zurückgelegten Kilometer anrechnen zu lassen. Eine solche Anrechnung würde auch in der Praxis schwer durchführbar sein. Kommt eine gemeinsame Abrechnungsstelle nicht zustande, dann sollten die Verträge eine Bestimmung enthalten, wonach der Arzt nicht berechtigt ist, Wegegebühren doppelt zu verlangen, wenn er auf derselben Fahrt mehrere Versicherte zugleich besucht. Mangels einer solchen Bestimmung entstehen oft Streitigkeiten über die Höhe des Anspruchs.

f) Allgemeines.

Außer den erwähnten Bestimmungen, die die Arztverträge enthalten sollten, ist noch darauf zu achten, daß die Verträge Bestimmungen über die Lichtbehandlung, die Arzneiversorgung und die Selbstabgabe der Heilmittel enthalten.

Vielfach ordnen die Ärzte Röntgenbestrahlung, Höhensonnenbestrahlung und dgl. an, obgleich diese Methoden durch billigere Heilmittel ersetzt werden können, durch die der gleiche Heilerfolg in derselben Zeit erzielt werden kann. Falls nicht die Kasse eigene Lichtbehandlungsapparate besitzt, muß sie sich vor solchen unnötigen Ausgaben schützen. Das kann dadurch erfolgen, daß der Arzt durch den Vertrag verpflichtet wird, zur Anwendung solcher Behandlungsmethoden die Genehmigung der Kasse einzuholen und einen Kostenanschlag vorzulegen. Die Kasse kann dann die Notwendigkeit der Anwendung dieser Behandlungsmethoden und die Angemessenheit der angesetzten Beträge durch Fach- oder Vertrauensärzte nachprüfen lassen und, falls der gleiche Heilerfolg durch ein billigeres Heilmittel zu erzielen ist, die Übernahme der Kosten der kostspieligeren Methode ablehnen. Trotzdem sollte diese neue Behandlungsmethode immer dort Anwendung finden, wo es geboten erscheint.

In der Arzneiverordnung wäre eine Beschränkung auf das unumgänglich notwendige Maß und die Beachtung der besonderen Grundsätze für die wirtschaftliche Verordnungsweise vorzusehen, denn die Ausgaben der Kassen für die Arzneien sind nach den vorliegenden Geschäftsberichten infolge der enormen Preise sehr beträchtlich. Besitzt die Kasse eine eigene Heilmittelausgabestelle, dann sollte der Vertrag einer Bestimmung nicht entbehren, wonach der Arzt die dafür vorgeschriebenen Formulare zu benutzen und die Mitglieder anzuweisen hat, die betreffenden Heilmittel bei der vereinbarten Stelle in Empfang zu nehmen.

Ebenso wichtig ist die Vereinbarung eines paritätisch zusammengesetzten Schiedsgerichts, das über die aus dem Vertrage sich ergebenden Streitigkeiten entscheidet. Die Vereinbarung eines solchen Schiedsgerichts wird oftmals übersehen, so daß bei entstehenden Streitigkeiten die ordentlichen Gerichte angerufen werden müssen. Dadurch erwachsen den Parteien unnötige Kosten. Im übrigen zieht sich das Verfahren vor diesen Gerichten oft unerwünscht in die Länge. Die sich aus dem Vertrage ergebenden Streitigkeiten sind zur Verhandlung vor einem vertraglichen Schiedsgericht geeigneter, weil die Mitglieder der Schiedsgerichte von den Parteien selbst benannt werden und über die Materie bereits informiert sind. Dabei läßt sich oftmals eine Einigung auf gütlichem Wege erzielen.

Digitized by Google

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Beitragsforderungen an frühere Abwicklungsstellen des alten Heeres.

Schreiben des **Reichsministers der Finanzen** (an das Reichsversicherungsamt) v. 18. 4. 1921 (I H. 3754).

Die Abwicklungsstellen des alten Heeres sind sämtlich mit dem 1. April 1921 aufgelöst und ihre Restgeschäfte anderen Verwaltungen übertragen. Um die Auflösung rechtzeitig durchzuführen, hat der Reichsabwicklungskommissar die Bearbeitung aller auf dem Gebiete der gesetzlichen Versicherung schwebenden Fragen — soweit sie sich nicht auf Beitragszahlung für die von den Abwicklungsbehörden seinerzeit beschäftigten Personen erstrecken — im Januar einstellen lassen. Die seitdem eingegangenen Anträge der Landesversicherungsanstalt und Krankenkassen zeigen aber, daß die Dienststellen noch in größerem Umfange als erwartet mit Beiträgen im Rückstand geblieben sind.

Ich gestatte mir daher die Bitte, die Landesversicherungsanstalten und die Krankenkassen davon zu verständigen, daß sie ihre Forderungen gegen Dienststellen des alten Heeres und der Abwicklung umgehend zusammenstellen und bei den Landesfinanzämtern — Abt. Reichsschatzverwaltung — ihres Bereichs geltend machen.

Den Forderungsnachweisen, die in einfachster Art gehalten sein können, würden die zur Begründung erforderlichen Belege beizufügen sein. Die Landesfinanzämter haben Anweisung, die Forderungen schleunigst zu begleichen. Wo Meinungsverschiedenheiten bestehen bleiben, wird das Reichswehrministerium — Beamten-Abteilung — die Vermittlung übernehmen.

Wiedereinsetzung gegen Versäumung der Rechtsmittelfrist.

Rek. Entsch. des **Reichs-Militärversorgungsgerichts** vom 9. Dezember 1920 (Entsch. Bd. 1 S. 222).

Der Auffassung des beklagten Fiskus über die Bedeutung des Absatzes 2 des § 131 RVO. kann nicht beigetreten werden. Die Vorschrift ist nach der Ansicht des Reichs-Militärversorgungsgerichts nur auf die Rechtsmittelschrift selbst zu beziehen. Dafür spricht schon äußerlich und sprachlich die Fassung der Vorschrift, wonach „das verspätet eingelaufene Schriftstück der Post mindestens 3 Tage vor Ablauf der Frist zur Bestellung übergeben worden" sein muß. Es heißt nicht nur „das" statt „ein" Schriftstück, wie die Fassung lauten müßte, wenn die Auffassung des Fiskus richtig wäre, sondern es ist auch von dem „verspätet eingelaufenen Schriftstück" die Rede. Bei unbefangener Beurteilung kann mit dieser Fassung nur gemeint sein, daß das betreffende Schriftstück nach Ablauf der in Frage kommenden Frist, also „verspätet", bei der zuständigen oder einer nach § 129 Abs. 2 RVO. vorgesehenen Stelle „eingelaufen" ist. Das der Post zwar mindestens 3 Tage „vor Ablauf der Frist" zur Bestellung übergebene, indessen „verspätet eingelaufene Schriftstück" kann nur die Rechtsmittelschrift selbst sein. Geht man, wie es nach Ansicht des Rekurssenats nicht anders sein kann, davon aus, daß „verspätet" nur „nach Ablauf der Rechtsmittelfrist" bedeuten kann, so würde den Beklagten seine Auffassung in dem Falle im Stich lassen, daß die Aktenmitteilung eines Versorgungsamts zwecks Einlegung des Rekurses noch vor Ablauf der Frist, aber doch so spät — etwa am letzten Tage der Frist — beim Reichsarbeitsministerium einginge, daß die rechtzeitige Rekurseinlegung nicht mehr möglich wäre. Zu der ausdehnenden Auslegung der Vorschrift des § 131 Abs. 2 RVO., wie sie der Beklagte will, liegt auch ein praktisches Bedürfnis nicht vor, da die Möglichkeit gegeben ist, daß die Versorgungsämter zwecks Wahrung der Frist vorsorglich selbst Rekurs an das Reichs-Militärversorgungsgericht einlegen. Ihnen steht dann natürlich beim Versagen der Post die Vorschrift des § 131 Abs. 2 zur Seite. Sodann würde aber auch die Auffassung des Fiskus zu unerwünschten und unhaltbaren Folgerungen führen. Was dem Fiskus recht ist, muß dem Beschädigten billig sein. Man braucht nur an den Fall zu denken, daß ein Beschädigter auf dem Lande einen Vertreter, dieser durch Schreiben einen Anwalt in der Provinz zur Einlegung eines Rechtsmittels bevollmächtigt, und daß der letztere seinen Auftrag wieder an einen Anwalt oder sonst einen Vertreter in Berlin weitergibt. In folgerichtiger Anwendung des von dem Beklagten vertretenen Grundsatzes würde man zu dem unmöglichen Ergebnis kommen müssen, die Vorschrift des § 131 Abs. 2 auf jede etwaige Verspätung in der Postbeförderung zwischen zwei dieser Stellen anzuwenden, die die Wahrung der Rechtsmittelfrist unmöglich machte. Wie sich die Partei die Akten und sonstigen Unterlagen vor der Einlegung des Rechtsmittels verschafft, ist ihre Sache und ein innerer Vorgang, der im Verwaltungswege geregelt werden muß.

Auf die Vorschrift des § 131 Abs. 1 RVO. hat der Beklagte seinen Antrag auf Wiedereinsetzung nicht gestützt. Der Rekurssenat hat indessen von Amts wegen die Frage geprüft, ob die Voraussetzungen dieser Vorschrift gegeben sind, ist aber zu

Digitized by Google

ihrer Verneinung gekommen. Wie vorstehend bereits ausgeführt ist, bestand die Möglichkeit, daß das Versorgungsamt von sich aus selbständig vorsorglich zur Wahrung der Frist den Rekurs unmittelbar beim Reichs-Militärversorgungsgericht einlegte. Es war dazu nicht nur berechtigt, sondern die Versorgungsämter sind durch die Ausführungsbestimmungen des preußischen Kriegsministeriums vom 27. Februar 1919 zur Verordnung vom 1. Februar 1919, und zwar nach Ziff. 8 Abs. 4 zu Art. II § 14 der Verordnung vom 1. Februar 1919 sogar angewiesen, den Rekurs selbst unmittelbar beim Reichs-Militärversorgungsgericht einzulegen und sodann die Akten dem Kriegsministerium vorzulegen. Im vorliegenden Falle hat nun aber das Versorgungsamt nach dem Inhalte der Akten diese zunächst vom 17. Dezember 1919 bis zum 10. Januar 1920, also über 3 Wochen, bei sich behalten, ohne irgend etwas zu veranlassen und sie dann erst an das Reichsarbeitsministerium gesandt. Es hätte entweder selbst alsbald Rekurs einlegen oder die Akten schneller weitergeben oder aber, nachdem es sie so lange behalten hatte und nun der Ablauf der Frist drohte, nun wenigstens noch selbst Rekurs einlegen können und sollen. Nach seinem Schreiben an das Reichsarbeitsministerium vom 5. Februar 1920 ist die Rekurseinlegung versehentlich unterblieben. Diese Versäumnis fällt dem Fiskus zur Last. Von einem unabwendbaren Zufall im Sinne des § 131 Abs. 1 RVO. kann keine Rede sein.

B. Zur Unfallversicherung.

Eindringen von Ansteckungsstoff (Infektion) als Betriebsunfall. — Notwendige Streitgenossenschaft und deren Umfang bei Feststellung der Unfallentschädigung auf Betreiben der Krankenkasse.

Rek. Entsch. des bayer. Landesversicherungsamts v. 21. September 1920 (Mitt. 1921 S. 18).

Der Steinsäger B. von K. ist am 15. Mai 1919 an einer vom linken Daumen ausgehenden schweren septischen Entzündung der ganzen linken Hand und des linken Armes verstorben. Die Entstehung dieser Erkrankung wird auf eine Verletzung des linken Daumens zurückgeführt, die sich der Verstorbene im April 1919 im Betriebe der Firma R., Steinschleiferei in K., zugezogen haben soll. Die Berufsgenossenschaft hat den Anspruch der Witwe des B. auf Sterbegeld und Hinterbliebenenrente abgelehnt, weil ein Betriebsunfall nicht erwiesen sei. Auf den Anspruch der Ortskrankenkasse hat die Berufs-Genossenschaft ihren ablehnenden Standpunkt im Endbescheid aufrechterhalten. Auf Berufung der Krankenkasse hat jedoch das Oberversicherungsamt die Berufs-Genossenschaft verurteilt, der Witwe Sterbegeld und Hinterbliebenenrente zu gewähren, wogegen die Berufs-Genossenschaft den Rekurs ergriffen hat. Das Landesversicherungsamt hat den Rekurs zurückgewiesen. Gründe:

Es ist der Rekursklägerin allerdings zuzugeben, daß der Beweis des ursächlichen Zusammenhangs des Todes des B. mit einem diesem zugestoßenen Betriebsunfall kein ganz zwingender ist. Das Rekursgericht hat aber trotzdem den Unfall als hinlänglich erwiesen erachtet. Daß die eiterige Entzündung des linken Daumens, die schließlich den Tod des B. herbeigeführt hat, durch das Eindringen eines Fremdkörpers entstanden ist und daß dieses Eindringen anläßlich der Berufstätigkeit des B. erfolgte, ist in außerordentlich hohem Grade wahrscheinlich. Arbeiter in einem Betriebe der hier in Betracht kommenden Art sind Handverletzungen durch das Eindringen von rostigen oder sonst verunreinigten Stahl- und Steinsplittern in so hohem Grade ausgesetzt, daß es — falls solche Arbeiter Schädigungen durch derartige Verletzungen erleiden — geradezu eines Gegenbeweises gegen die Annahme einer Betriebsverletzung mindestens in dem Sinne bedürfte, daß die Wahrscheinlichkeit oder doch Möglichkeit einer anderweitigen Ursache der Verletzung nachgewiesen wird. An einem solchen Nachweis fehlt es hier. B. war zu der in Betracht kommenden Zeit ausschließlich in dem R.schen Betrieb beschäftigt, und es ist nicht ersichtlich, bei welcher anderen Tätigkeit als der in diesem Betrieb er sich die zum Tode führende Verletzung zugezogen haben sollte. Daß er sich anfangs über die Ursache der eiterigen Entzündung selbst nicht im klaren gewesen zu sein scheint, kann gegenüber der außerordentlich hohen Wahrscheinlichkeit, die für das Vorliegen eines Betriebsunfalls spricht, nicht in Betracht kommen. Das Rekursgericht erachtet also gleichfalls als bewiesen, daß die tödliche Erkrankung des B. auf dem von dem Oberversicherungsamt angenommenen Weg entstanden ist. Hieraus ergibt sich ohne weiteres die Verwerfung des Rekurses, soweit es sich um das der Witwe zugesprochene Sterbegeld handelt.

Der Rekurs ist aber auch insoweit unbegründet, als er sich gegen die Zuerkennung der Hinterbliebenenrente an die Witwe richtet. Der Bescheid der Berufsgenossenschaft vom 23. Juli 1919, durch den „der Anspruch auf Entschädigung" abgewiesen worden ist, wurde sowohl der Ortskrankenkasse als auch der Witwe zugestellt. Einspruch hat nun allerdings nur die Ortskrankenkasse eingelegt. Da aber die grundlegende Frage, ob es sich um einen zu entschädigenden Betriebsunfall handelt, gegenüber der Orts-

Digitized by Google

krankenkasse und der Witwe nur einheitlich festgestellt werden kann, besteht zwischen ihnen eine notwendige Streitgenossenschaft im Sinne des § 62 ZPO., und es wurde daher durch die Einlegung des Einspruchs seitens der Ortskrankenkasse der Eintritt der Rechtskraft des Bescheids auch gegenüber der Witwe B. gehemmt. Das Gleiche gilt von der Berufung. Davon, daß die Streitgenossenschaft nur in Frage kommen könne hinsichtlich des Sterbegeldes, wie die Berufsgenossenschaft meint, kann keine Rede sein. Sie erstreckt sich vor allem auf die sowohl für das Sterbegeld wie für die Hinterbliebenenrente grundlegende Frage, ob ein zu entschädigender Betriebsunfall vorliegt. Das Oberversicherungsamt war daher auf die Berufung der Ortskrankenkasse hin berechtigt und verpflichtet, auszusprechen, daß die Berufsgenossenschaft den in Frage stehenden Vorfall als Betriebsunfall anzuerkennen habe. Aus diesem Ausspruch ergab sich trotz der Nichtbeteiligung der Witwe in dem Verfahren die Verpflichtung der Berufsgenossenschaft, der Witwe die gesetzliche Rente zu gewähren, und die Berufsgenossenschaft hätte vermöge des das Unfallversicherungswesen beherrschenden Offizialprinzips diese Rente von Amts wegen feststellen müssen, wenn nicht das Oberversicherungsamt die Festsetzung vorgenommen hätte. Dazu war es eben auf Grund des Offizialprinzips ebenso berechtigt wie verpflichtet. Ein Verzicht auf den Anspruch kann darin, daß die Witwe an dem Verfahren sich nicht beteiligt hat, nicht erblickt werden. (S. auch Amtl. Nachr. 1914 S. 800 Z. 2765.)

Empfänger von Hilflosenrenten haben Anspruch auf Zulage nach Verordnung vom 5. 5. 21.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** (1. Rek. Sen.) vom 23. März 1921 (Ia. 3128/20).

Die Abgabe der Sache an das Reichsversicherungsamt war sachlich gerechtfertigt, da es sich zur Zeit des Abgabebeschlusses um eine noch nicht festgestellte Auslegung einer gesetzlichen Vorschrift von grundsätzlicher Bedeutung handelte und der Rekurs ausgeschlossen ist. Die Zuständigkeit des Reichsversicherungsamts wird, wie bereits in einer grundsätzlichen Entscheidung vom 1. Oktober 1920 ausgesprochen ist, auch nicht etwa dadurch berührt, daß inzwischen, am 23. Dezember 1920, in der Unfallversicherungssache des Schreiners A. in München gegen die bayerische Holzindustrie-Berufsgenossenschaft — Prozeßliste Nr. 2546/207 — eine die gleiche Bestimmung betreffende grundsätzliche Entscheidung des Reichsversicherungsamts ergangen ist. Dieser grundsätzlichen Entscheidung hat sich der Senat angeschlossen. Im § 1 der Verordnung vom 5. Mai 1920 ist bestimmt, daß Personen, die auf Grund der reichsgesetzlichen Unfallversicherung aus Unfällen, die sich vor dem 1. Februar 1920 ereignet haben, eine Rente von 50 v. H. oder mehr der Vollrente beziehen, eine Zulage erhalten sollen. Da die Empfänger von Hilflosenrenten in jedem Falle mehr als 50 v. H. der Vollrente beziehen und durch die Verordnung von der Gewährung der Zulage nicht ausdrücklich ausgeschlossen sind, sind sie somit zulageberechtigt.

C. Zur Militärversorgung.

Höhe des Versorgungskrankengeldes nach § 12 RVG.

Entscheidung des **Versicherungsamts Witten** vom 23. April 1921.

Der versorgungsberechtigte Kläger H. befand sich vom 28. 3. 1920 bis zum 15. 1. 1921 auf Kosten der Heeresverwaltung in Lazarettbehandlung. Für diese Zeit ist ihm das zuständige Hausgeld mit kalendertäglich 18,05 ℳ gezahlt worden. Mitglied einer Krankenkasse ist er nicht. Nachdem die Verpflichtung zur Gewährung der Heilbehandlung usw. an Versorgungsberechtigte auf die Krankenkassen übergegangen war, wurde H. am 3. Februar 1921 der Allgemeinen Ortskrankenkasse zur Heilbehandlung überwiesen. Seit dem letztgenannten Tage erhält er gemäß § 8 Abs. 2 RVG. ambulante Heilbehandlung durch die genannte Kasse. Als Krankengeld gewährt ihm die Kasse kalendertäglich einen Betrag von 50 v. H. des Ortslohns (50 v. H. von 15 ℳ) = 7,50 ℳ.

Während die Kasse anfangs 70 v. H. des Ortslohns (10,50 ℳ) als Krankengeld zahlte (das ist in diesem Falle das Krankengeld freiwilliger versicherter männlicher Mitglieder über 21 Jahre), hat sie später ihre Leistung auf 50 v. H. = 7,50 ℳ täglich herabgesetzt, weil es im § 12 der inzwischen erschienenen Ausführungsbestimmungen zum RVG. heißt, daß das Krankengeld nach dem maßgebenden § 182 Abs. 2 RVO. die Hälfte des Grundlohns betrage und dieser nach § 180 Abs. 5 RVO. durch die Satzung der Krankenkasse bestimmt werde. Gegen diese Kürzung richtet sich die Klage. Das Versicherungsamt hat der Klage stattgegeben, also die Kasse zur Zahlung von werktäglich 10,50 ℳ verurteilt. — Gründe:

Erwiesen oder nicht zweifelhaft ist zunächst, daß Kläger anerkannter Versorgungsberechtigter und nicht arbeitsfähig ist, keiner Krankenkasse angehört und gemäß § 12 RVG. grundsätzlich Anspruch auf Krankengeld hat, da auch die weiteren Voraussetzungen des genannten § 12 Abs. 2 Satz 2 und 3 erfüllt sind.

Herrscht somit über den Krankengeldanspruch an sich kein Streit, so bleibt dennoch streitig und zu entscheiden, wie hoch das Krankengeld ist, das dem Kläger zusteht. Die Entscheidung der Streitfrage hängt von der Auslegung des § 12 RVG. und der Auslegung der gleichen Bestimmung (§ 12) der Ausführungsbestimmungen des Gesetzes ab.

Digitized by Google

Mit Recht hat sowohl Kläger als auch die beklagte Kasse darauf hingewiesen, daß zwischen § 12 des angeführten Gesetzes und § 12 der Ausführungsbestimmungen in bezug der Höhe des zu gewährenden Krankengeldes eine Abweichung oder Unstimmigkeit besteht. So ist nach § 12 des angeführten Gesetzes die Höhe des Krankengeldes so zu bemessen, als ob der Beschädigte der Krankenkasse freiwillig beigetreten wäre. Geschieht das hier, so hat Kläger Anspruch auf ein 70prozentiges Krankengeld nach einem Ortslohn von 15 *M*, gleich $\frac{(70 \times 15 =)}{100}$ 10,50 *M* werktäglich (§ 19 des VI. Nachtrags und § 20 des V. Nachtrags der Kassensatzung). Wird hingegen § 12 der genannten Ausführungsbestimmungen als maßgebend angesehen, so findet die Berechnung des Krankengeldes zwar auch nach dem Ortslohn statt, von diesem werden dann aber statt 70 v. H. nur 50 v. H. als Krankengeld gewährt. Anders kann nämlich § 12 Ziff. 3 der Ausführungsbestimmungen zum RVG.:

„Das Krankengeld beträgt nach dem hier maßgebenden § 182 Nr. 2 RVO. die Hälfte des Grundlohnes; dieser wird nach § 180 Abs. 5 der RVO. durch die Satzung der Krankenkasse bestimmt"

nicht ausgelegt oder verstanden werden.

Es handelt sich hier um ein neues Recht, das im allgemeinen noch keine erschöpfende Literatur und keine unterrichtende oder Rechtsgrundsätze schaffende Rechtsprechung hat. Der Auslegung, die § 12 der Ausführungsbestimmungen dem § 12 des Gesetzes gibt, kann aber nicht gefolgt werden. Das würde bedeuten, daß das Gesetz zuungunsten der Versorgungsberechtigten eine Handhabung erführe, die sich nicht mit den Absichten und dem Willen des Gesetzgebers verträgt. Denn wenn es im § 12 des genannten Gesetzes heißt, daß die Höhe des Krankengeldes so zu bemessen ist, als ob der Beschädigte der Krankenkasse freiwillig beigetreten wäre, so kann diese Bestimmung natürlich nicht durch ministerielle Ausführungsbestimmungen dahin eingeschränkt werden, daß das Krankengeld nur die Hälfte des Grundlohnes (hier des Ortslohnes), den die Satzung der Krankenkasse bestimmt, betragen dürfe. Das wäre keine Auslegung einer Bestimmung mehr.

Wo § 12 RVG. zur Anwendung kommt, handelt es sich vielfach um Beschädigte, die 26 Wochen die Pflichtleistungen einer Krankenkasse erhalten haben, die durchweg bedeutend höher sind, als die Leistungen nach dieser Bestimmung. Ohne zwingenden Grund darf daher nicht bei dem Übergang von der Krankenversicherung auf den Träger der Krankenfürsorgepflicht gemäß Reichsversorgungsgesetz eine noch weitere Verschlechterung bei dem Beschädigten eintreten. Verlangt § 12 RVG. nun, daß der Beschädigte so zu behandeln ist, als sei er freiwilliges Mitglied der Kasse, so muß für die Gewährung von Kassenleistungen die Kassensatzung auch ausnahmslos die Grundlage sein. In diesem Streitfalle erfordert das, daß dem Kläger Krankengeld nur für Arbeitstage gezahlt wird, nicht aber kalendertäglich (§ 20 der Kassensatzung).

Anm.: Wir halten die Entscheidung für begründet. Zu vgl. auch ArbVers. 1920 Heft 5 S. 99 Ziff. 4.

Entziehung von Gebührnissen nach § 30 MVG. trotz Bewilligung als „dauernd" oder „für immer".

Rek. Entsch. des **Reichs-Militärgerichts** vom 30. November 1920 (Entsch. Bd. 1 S. 205).

Richtig ist zwar, daß die Vorschrift des § 45 Nr. 2 Abs. 1 des MVG. auf den Kläger nicht anzuwenden ist, freilich nicht sowohl aus den vom Militärversorgungsgericht angegebenen Gründen, sondern weil der Kläger als Kriegsinvalide unter diese Vorschrift überhaupt nicht fällt. Das Militärversorgungsgericht übersieht aber, worauf der Reichsfiskus mit Recht hinweist, daß nach § 45 Nr. 4 des MVG. vom 31. Mai 1906 der § 30 dieses Gesetzes auf die vor seinem Inkrafttreten aus dem aktiven Militärdienst entlassenen Personen, zu denen der Kläger gehört, Anwendung findet. Es kann also grundsätzlich auch eine Herabsetzung und Entziehung von Versorgungsgebührnissen gegenüber Invaliden, denen Renten aus früheren Gesetzen bewilligt sind, eintreten. Das gilt auch hinsichtlich der Gebührnisse eines als „dauernd ganzinvalide" anerkannten Versorgungsberechtigten, dessen Versorgung sich nicht lediglich auf die Dienstzeit stützt, wenn sich das Versorgungsleiden wesentlich gebessert hat (so Meier-Demmig, Behörden-Handbuch, 2. Aufl., Anm. 14 zu § 45 und Anm. 7b und 36 zu § 30 des MVG.; zu vgl. auch Nr. 21 der „Grundsätze für die Beurteilung der Pensionsansprüche, die aus früheren Gesetzen hergeleitet werden" und die Fußnote zu dieser Ziffer — Meier-Demmig, 2. Aufl., Anl. 1 S. 303 ff. — sowie die Entscheidung des Kammergerichts vom 25. April 1913 Aktenzeichen 11 U 1262. 13. 28). Durch das Wort „dauernd" bringt die Militärverwaltung nur zum Ausdruck, daß eine Nachprüfung nicht mehr beabsichtigt ist, daß sie nach den zur Zeit der Bewilligung festgestellten Verhältnissen keine Veranlassung zu haben glaubt, den Anspruch erneut zu prüfen. Inwieweit sie unter der Herrschaft des Militärpensionsgesetzes in solchen Fällen zur Nachprüfung und Entziehung der Gebührnisse der als dauernd ganzinvalide anerkannten Personen berechtigt gewesen sein mag, bedarf im vorliegenden Falle nicht der Entscheidung.

Nach den gleichen Gesichtspunkten ist es zu beurteilen, wenn die Anerkennungsverfügung vom 25. August 1903 die Worte enthält „anerkannt zur Invalidenpension IV. Klasse von 9 *M*, Kriegszulage von 9 *M*, Pensionszuschuß von 15 *M* monatlich vom 1. November 1903 ab, für immer". Auch die Be-

Digitized by Google

willigung der Gebührnisse „für immer" steht nur im Gegensatz zur Bewilligung auf eine bestimmte, durch einen von vornherein festgelegten Endpunkt begrenzte Zeit. Sie kann nicht die Wirkung beabsichtigt haben, daß der Wegfall der Bezüge zu einem späteren Zeitpunkte unter allen Umständen ausgeschlossen sein sollte. Sie hätte zu diesem Erfolge auch gar nicht führen können. Denn die Verfügung würde sich, wenn diese Wirkung mit ihr beabsichtigt gewesen wäre, mit dem Gesetze vom 27. Juni 1871 / 22. Mai 1893 in Widerspruch gesetzt haben, das im § 100 Ziff. 3 vorsah, daß „das Recht auf den Bezug der Pension einschließlich der Pensionszulagen erlischt, sobald das Gegenteil der Voraussetzungen erwiesen ist, unter denen die Bewilligung der Kompetenz stattgefunden hat". Eine dem Gesetze widersprechende Verfügung wäre insoweit rechtsungültig, und würde insoweit als nicht geschrieben angesehen werden müssen. Ob beim Kläger die Voraussetzungen jener Vorschrift des § 100 Nr. 3 des MVG. durch den nachträglichen Wegfall der Folgen seiner früheren Dienstbeschädigung erfüllt sind, so daß auch nach den Vorschriften dieses Gesetzes die ihm dauernd zuerkannten Gebührnisse hätten entzogen werden können oder müssen, kann dahingestellt bleiben. Jedenfalls ist sie durch § 45 Nr. 4 in Verbindung mit § 30 des MVG. gerechtfertigt . . .

Sprechsaal.

Zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

Durch die Geschlechtskrankheiten, die nach dem Kriege nicht nur in den Städten, sondern auch auf dem platten Lande eine erschreckende Verbreitung gefunden haben, werden die Krankenkassen ganz besonders in Mitleidenschaft gezogen. Der zur Linderung dieser Volksseuche begonnene Kampf kann aber wirksam nur fortgeführt werden, wenn alle Erkrankungen zur Kenntnis der mit der Durchführung der Heilbehandlung betrauten Stellen gelangen und die Kranken einer geordneten ärztlichen Behandlung zugeführt werden. Hierzu können die Krankenkassen in ganz erheblichem Maße beitragen, wenn sie entsprechend dem Beschlusse des Reichsversicherungsamts vom 3. Dezember 1920 (ArbVers. 1921 S. 210) in ihren Krankenordnungen Vorschriften aufnehmen, die den Geschlechtskranken die Pflicht auferlegen, sich zwecks Überweisung in ärztliche Behandlung zu melden. Dabei sollte aber m. E. die allgemeine Strafbestimmung der Krankenordnung bei Geschlechtskranken kaum oder höchstens bei ganz hartnäckigen Personen Anwendung finden. Jede Kassenverwaltung möge sich die Worte gegenwärtig halten und zu eigen machen, die gelegentlich eines in Mannheim gehaltenen Vortrages über: „Soziale Maßnahmen gegen Unmoral und Geschlechtskrankheiten", Geheimrat Bozi (Bielefeld) geprägt hat: Nicht strafen, sondern in Obhut nehmen, erziehen, sei der Geist der Neuzeit. Gerade die von einer Geschlechtskrankheit Befallenen bedürfen eines sorgfältigen Umgangs. Die Erkrankten, die ohnehin durch ihr Leiden schon gestraft sind, darf nicht noch besondere Verachtung treffen. Jede übertriebene Geheimnisfuerei wird die Kranken von einer sachgemäßen Behandlung zurückhalten und sie in die Hände der Kurpfuscher treiben. Wie bei jeder anderen Volkskrankheit (Tuberkulose) muß daher auch bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten eine mehr fürsorgliche Tätigkeit in den Vordergrund treten. Auch hier bietet sich für die Krankenkassen ein dankbares Betätigungsfeld. Die Aufgaben der Krankenbesucher und -besucherinnen bei größeren und mittleren Kassen wären zu erweitern, wenn nicht in Verbindung mit der Säuglingsfürsorge eigene Fürsorgerinnen eingestellt werden. Die kleinen Kassen würden sich die Unterstützung der gemeindlichen Fürsorgeeinrichtungen (Lungenfürsorge, Gemeindehelfer) erbitten können. Daneben muß weiter eine planmäßige Aufklärung durch öffentliche Vorträge in Verbindung mit Wanderausstellungen und Lichtbildervorführungen stattfinden. Die hierfür von den Krankenkassen aufgewendeten Mittel (§ 363 RVO.) werden sich sicherlich bezahlt machen. Bei verständnisvollem Zusammenarbeiten aller beteiligten Stellen wird dem nicht leichten Kampf gegen eine der schrecklichsten Volksseuchen ein Erfolg nicht versagt bleiben können.

Wittkämper, Geschäftsführer der Allgemeinen Ortskrankenkasse in Bünde.

Zur Krankengeldbemessung nach dem Reichsversorgungsgesetz.

Nach § 12 Abs. 1 RVG. erhalten Dienstbeschädigte bei Heilbehandlung während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit, soweit ihr Einkommen gemindert ist, ein Krankengeld. Das Krankengeld ist so zu bemessen, wie wenn der Beschädigte der Krankenkasse freiwillig beigetreten wäre. Für seine Höhe ist infolgedessen der vor dem Eintritt der Arbeitsunfähigkeit erzielte Verdienst maßgebend. Bei gegen Krankheit versicherten Beschädigten, die schon auf Grund der RVO. gegen ihre Krankenkasse Anspruch auf Krankengeld haben, hat es bei diesem Krankengeld sein Bewenden (Ausführ. Best. zu § 12 Ziff. 1).

Diese Regelung ist geeignet, in der Praxis zu nicht geringen und vom Gesetzgeber gewiß nicht beabsichtigten Härten zu führen. Ein Beschädigter nämlich, der bei seiner Krankenkasse nur nach einer niederen Lohnstufe versichert ist, erhält nach dieser Vorschrift oft ein geringeres Krankengeld, als er erhielte, wenn er überhaupt nicht gegen Krankheit versichert wäre. Im letzteren Falle würde sein Krankengeld nach dem Verdienst berechnet werden, den er zuletzt erzielt hat; im ersteren Falle erhält er das Krankengeld ohne Rücksicht auf die Höhe seines Verdienstentganges nach der Lohnstufe, mit der er seiner Krankenkasse angehört.

Beispiel: Ein dienstbeschädigter Handwerksmeister hat seither täglich 40 ℳ verdient. Er gehört einer Krankenkasse als Selbst(weiter)versicherter mit einem Grundlohn von 6 ℳ an. Würde er keiner

Digitized by Google

Krankenkasse angehören, so erhielte er bei 40 ℳ Arbeitsverdienstentgang täglich mindestens 15 ℳ Krankengeld. Da er versichert ist (und zufällig in einer sehr niedrigen Lohnstufe) erhält er nur 3 ℳ Krankengeld. Statt daß die Tatsache seiner Versicherung zu seinem Vorteil ausschlüge, wirkt sie also höchst nachteilig für ihn.

Die geschilderte Rechtslage widerspricht ohne Zweifel der Absicht des Gesetzgebers. Bei der klaren Fassung der jetzt noch gültigen Vorschriften müssen die Krankenkassen und die Versorgungsbehörden aber trotzdem ihnen entsprechend verfahren. Es erscheint daher angezeigt, daß die maßgebenden Stellen durch eine Ergänzung der Ausführungsvorschriften dem bestehenden Übelstand abhelfen.

Adolf Firsching in Ulm a. D.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Regelung der Besoldung bei den Krankenkassen.

Der Reichsminister der Finanzen hat auf Antrag des preußischen Ministers für Volkswohlfahrt einer Fristverlängerung für die Regelung der Besoldung bei den Krankenkassen nach den Vorschriften des sogenannten Sperrgesetzes vom 21. 12. 20 (RGBl. S. 1920) um 3 Monate zugestimmt, und der Minister für Volkswohlfahrt hat hierauf die Frist für die Berichterstattung der Oberversicherungsämter bis zum 1. 8. 21 erstreckt.

Um was es sich hierbei handelt, ergeben die hier S. 129 und 149 abgedruckten Erlasse des preußischen Ministers für Volkswohlfahrt, die in den Kreisen der Krankenkassenbeamten und auch der Kassenvorstände lebhaften Widerspruch ausgelöst haben. Er wird besonders mit der (unseres Erachtens unzutreffenden) Ansicht begründet, daß die Angestellten der Krankenkassen, auch wenn sie auf Lebenszeit und mit Anrecht auf Ruhegehalt angestellt sind, nicht — wie das Sperrgesetz voraussetzt — Beamte einer öffentlichen Körperschaft seien. Der preuß. Minister für Volkswohlfahrt ist aber in einem Bescheide vom 6. 2. 21 (III V. 206) dieser Auffassung entgegengetreten, und der Reichsminister der Justiz hat ihm in einem Gutachten vom 23. 4. 21 (II b 626 M) zugestimmt. Übrigens hat der Minister für Volkswohlfahrt in dem erwähnten Bescheide darauf aufmerksam gemacht, daß jedenfalls wohlerworbene Rechte der Kassenbeamten durch das Sperrgesetz nicht berührt werden.

Zum Gesetz, betr. Änderungen in der Unfallversicherung vom 11. 4. 21*).

Am 15. April 1921 ist im RGBl. S. 467 ff. das „Gesetz, betr. Änderungen in der Unfallversicherung, vom 11. April 1921" veröffentlicht worden. Das Gesetz enthält eine Reihe von Verbesserungen der Vorschriften über die reichsgesetzliche Unfallversicherung. Insbesondere bringt es eine wesentliche Erhöhung nicht nur der Rentenbezüge für die neueren Unfälle, sondern auch der Zulagen für die sogenannten Altrentner. Ein großer Teil seiner Vorschriften zieht lediglich Folgerungen aus der Geldentwertung. Damit verbunden sind einige Änderungen des bisherigen Rechts, die über diesen Rahmen hinausgehen, aber dringend erwünscht sind. Änderungen grundlegender Art sind nicht vorgenommen. Das Gesetz hat sich solcher enthalten, da der Umbau der Reichsversicherungsordnung bevorsteht und alle derartigen Fragen grundsätzlich dafür vorbehalten bleiben sollen. Bei der Beratung des Gesetzes sind zwar auch solche Fragen gestreift worden, und die Erörterungen darüber haben sich auch teilweise zu Anträgen verdichtet. So wurden die Fragen aufgeworfen, ob nicht statt der Versicherungsrenten, die sich nach der Höhe des Jahresarbeitsverdienstes richten, eine gleichmäßige Versorgung unter Berücksichtigung des Existenzminimums zu gewähren sei, ferner ob nicht die Geldbezüge der Versicherung so auszugestalten seien, daß sie sich von selbst dem jeweiligen Geldwert anpassen. Auch wurde beantragt, die Betriebsbeamten ohne Ausnahme in die Unfallversicherung einzubeziehen, die sogenannte Drittelungsgrenze völlig zu beseitigen und den Jahresarbeitsverdienst unverkürzt der Rentenberechnung zugrunde zu legen, endlich auch in der landwirtschaftlichen Unfallversicherung nicht den durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienst, sondern allgemein den Individuallohn bei der Rentenberechnung zu berücksichtigen. Von allen diesen Änderungen wurde aber schließlich abgesehen.

Durch die Verordnung über die Gewährung von Zulagen zu Renten aus der Unfallversicherung vom 5. Mai 1920 (Reichs-Gesetzbl. S. 878) wurden für die Bezieher von Renten aus Anlaß aller Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 1920 ereignet hatten, Rentenzulagen gewährt. Für spätere Unfälle sollten Rentenzulagen nicht mehr gewährt werden. Lediglich hinsichtlich der Verletztenrenten war dieser Grundsatz insofern durchbrochen worden, als Zulagen zu solchen Renten auch aus Anlaß von Unfällen gewährt wurden, die sich im Januar 1920 ereignet hatten (§§ 1, 2, 4 der Verordnung). In der Begründung zum Entwurfe der Verordnung war ausgeführt worden, daß für die Renten aus Unfällen, die sich erst nach Beginn des Jahres 1920 ereignet hätten oder noch ereignen würden, ein Bedürfnis nach Zuschlägen irgendwelcher Art nicht mehr anerkannt werden könne. Diese Ausführung war damit gerechtfertigt worden, daß durch das in Aussicht genommene Ergänzungsgesetz zur Reichsversicherungsordnung mit Rückwirkung auf Unfälle, die sich nach dem 31. Dezember 1919 ereignet hätten oder noch ereignen würden, die sogenannte Drittelungsgrenze der §§ 563 Abs. 2, 939, 1073, 1079 RVO. hinaufgerückt werden solle. Die gesetzgeberische Erledigung des Entwurfs zu dem erwähnten Ergänzungsgesetze hatte sich aus verschiedenen Gründen verzögert. Wegen Erhöhung der Drittelungsgrenze hatte daher die Reichsregierung den besonderen Entwurf eines Gesetzes über die Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes in der Unfallversicherung mit Zustimmung des Reichsrats beim Reichstag eingebracht. (Nr. 1466 der Reichstagsdrucksachen I 1920/21.) Das Gesetz erhielt mit Rücksicht auf die Erweiterung, die es im Reichstag erfuhr, die Bezeichnung: „Gesetz, betr. Änderungen in der Unfallversicherung." Nach der bisherigen Fassung der eben genannten Vorschriften über die Drittelungsgrenze wurde der Jahresarbeitsverdienst nur bis zur Höhe von 1800 ℳ voll, darüber hinaus zu einem Drittel der Rentenberechnung zugrunde gelegt. Das neue Gesetz erhöht die Grenze auf 10 200 ℳ, und zwar nicht nur für die

*) Vom Regierungsrat Dr. Krohn, Reichs-Arbeitsblatt vom 15. Mai 1921. — Vgl. ArbVers. S. 251 ff.

Digitized by Google

künftigen Unfälle, sondern mit Rückwirkung auf alle Unfälle, die sich nach dem 31. Dezember 1919 ereignet haben. (Art.*) V, VI, XVI.) Der Rückwirkung entsprechend sind nunmehr die Zulagen zu Verletztenrenten aus Anlaß von Unfällen aus dem Januar 1920 weggefallen. (Art. XII Ziff. I—III.) Es werden also künftig gleichmäßig Zulagen sowohl zu Verletzten- als auch zu Hinterbliebenenrenten nur gewährt, wenn der maßgebende Unfall sich vor dem 1. Januar 1920 ereignet hat. Bei allen späteren Unfällen tritt die erhöhte Drittelungsgrenze in Wirkung. Diese Wirkung mögen einige Zahlenbeispiele erläutern:

Bei einem Jahresarbeitsverdienst von	6000 M.		9000 M.		12 000 M.	
	bisheriges Recht	neues Recht	bisheriges Recht	neues Recht	bisheriges Recht	neues Recht
sind anzurechnen						
a) voll	1800	6000	1800	9000	1800	10 200
b) 1/3 des Überschusses	1400	—	2400	—	3400	600
Mithin beträgt der anzurechnende Jahresarbeitsverdienst	3200	6000	4200	9000	5200	10 800
Als Vollrente beträgt 2/3 des anzurechnenden Jahresarbeitsverdienstes, mithin . . .	2133	4000	2800	6000	3466	7 200
Die Hinterbliebenenrente beträgt 1/5 des Jahresarbeitsverdienstes, mithin . . .	640	1200	840	1800	1040	2 160

Da bei der Rentenberechnung für die Unfälle des Jahres 1920 auch die im Jahre 1919 bezogenen Entgelte berücksichtigt werden müssen (§ 563 Abs. 1 RVO.), so ist in Art. XVI Abs. 1 ausdrücklich vorgeschrieben, daß auch sie in der durch die neue Fassung der §§ 563 Abs. 2, 939, 1073, 1079 RVO. vorgeschriebenen Höhe zu berücksichtigen sind. Für diejenigen Fälle, in denen nach den bisherigen Vorschriften schon eine rechtskräftige Feststellung der Leistungen erfolgt war, ist angeordnet, daß eine Nachprüfung und gegebenenfalls eine neue Feststellung der Leistungen zu erfolgen hat. Liegt eine rechtskräftige Entscheidung noch nicht vor, so sind die neuen Vorschriften ohne weiteres im Feststellungsverfahren anzuwenden.

Für die Beitragsberechnung der Berufsgenossenschaften enthalten die §§ 732 Abs. 2, 1017 Abs. 2, 1170 RVO. die entsprechenden Vorschriften über die Drittelungsgrenze. Auch in ihnen ist die Grenze auf 10 200 ℳ hinaufgesetzt worden. Die Vorstände der Berufsgenossenschaften brauchen aber die neuen Vorschriften bei der Umlegung der Aufwendungen des Jahres 1920 noch nicht zu berücksichtigen (Art. XVI Abs. 1 Satz 2). Durch diese Vorschrift sollen Stockungen des bereits eingeleiteten Umlageverfahrens für 1921 vermieden werden.

Im Reichstag hat der Entwurf eines Gesetzes über die Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes in der Unfallversicherung eine Erweiterung durch eine Reihe anderer Vorschriften erfahren. Diese sollen im folgenden besprochen werden.

Die See-Unfallversicherung kennt neben der Drittelungsgrenze eine sogenannte Nullungsgrenze, d. h. eine Grenze, über die hinaus der Jahresarbeitsverdienst bei der Versicherung überhaupt nicht berücksichtigt wird, weder bei der Rentenberechnung noch bei der Umlage (§§ 1063, 1170 RVO.). Das neue Gesetz erhöht diese Grenze von 5000 ℳ auf 40 000 ℳ. Das über die Rückwirkung der neuen Drittelungsgrenze Gesagte gilt auch hier. Einige Zahlenbeispiele mögen die Bedeutung der neuen Vorschriften erläutern:

Bei einem Jahresarbeitsverdienst von	6000 M.		9000 M.		12 000 M.	
	bisheriges Recht	neues Recht	bisheriges Recht	neues Recht	bisheriges Recht	neues Recht
sind zu berücksichtigen nach § 1063 RVO.	5000	6000	5000	9000	5000	12 000
Es sind anzurechnen						
a) voll	1800	6000	1800	9000	1800	10 200
b) 1/3 des Überschusses	1066	—	1066	—	1066	600
Mithin beträgt der anzurechnende Jahresarbeitsverdienst	2866	6000	2866	9000	2866	10 800
Die Vollrente beträgt 2/3 des anzurechnenden Jahresarbeitsverdienstes, mithin . . .	1911	4000	1911	6000	1911	7 200
Die Hinterbliebenenrente beträgt 1/5 des Jahresarbeitsverdienstes, mithin . . .	573	1200	573	1800	573	2 160

Der Geldentwertung tragen ferner die Vorschriften der Art. I, II, III Rechnung, wonach die Grenze, bis zu welcher die Betriebsbeamten kraft Gesetzes der Unfallversicherung unterliegen, von 5000 ℳ auf 40 000 ℳ hinaufgesetzt worden ist. Auch diese Vorschrift hat rückwirkende Kraft vom 1. Januar 1920 ab.

Im Zusammenhang mit den Vorschriften über die Drittelungsgrenze sind Vorschriften der landwirtschaftlichen Unfallversicherung über den Jahresarbeitsverdienst verbessert worden. In der landwirtschaftlichen Unfallversicherung bleibt wie bisher für die Versicherten, mit Ausnahme der Betriebsbeamten und Facharbeiter, der vom Oberversicherungsamt festgesetzte durchschnittliche Jahresarbeitsverdienst maßgebend. Das Feststellungsverfahren des § 936 Abs. 2, 3 RVO. ist aber verbessert worden.

*) „Art." ohne Zusatz bezeichnet die Artikel des Gesetzes vom 11. April 1921.

Digitized by Google

Bisher hatten die Oberversicherungsämter vor der Festsetzung nur die Versicherungsämter, und diese wieder die hauptsächlich in der Landwirtschaft beschäftigten Versicherungsvertreter gutachtlich zu hören. Es wurde darüber geklagt, daß die so zustandegekommenen Festsetzungen nicht den tatsächlichen Verhältnissen entsprächen. Um möglichst zutreffende Festsetzungen zu gewährleisten, ist nunmehr der Kreis der gutachtlich zu hörenden Stellen erweitert worden. Das Oberversicherungsamt muß außer den Versicherungsämtern auch die Berufsgenossenschaften und anderen Träger der land- und forstwirtschaftlichen Unfallversicherung seines Bezirks, den Bezirkswirtschaftsrat und die in seinem Bezirk hauptsächlich vertretenen Verbände der landwirtschaftlichen Arbeitgeber und Arbeitnehmer sowie die landwirtschaftlichen Vertretungskörper hören; das Versicherungsamt kann Gemeinde- und Krankenkassenvorstände hören. Außerdem ist dem Oberversicherungsamt die Berücksichtigung der Sätze für bare Löhne und Sachbezüge in den für seinen Bezirk abgeschlossenen Tarifverträgen aufgegeben. Art. VIII schreibt ferner eine regelmäßige Nachprüfung der Festsetzungen der Oberversicherungsämter und die Veröffentlichung ihrer Festsetzungen vor. Die neuen Vorschriften entsprechen den schon bisher geltenden Vorschriften über die Festsetzung der Ortslöhne (§§ 151, 152 RVO.). Die bisherigen Vorschriften des § 936 Abs. 2, 3 RVO. waren durch § 1 der Verordnung des Bundesrats vom 30. September 1918 über Festsetzung des Jahresarbeitsverdienstes in der landwirtschaftlichen Unfallversicherung (RGBl. S. 1222) bis auf weiteres außer Kraft gesetzt worden. Bis zum Inkrafttreten der erstmaligen Neufestsetzungen der Oberversicherungsämter auf Grund der neuen Vorschriften des § 936 Abs. 2, 3 und für die Vergangenheit mußten daher Übergangsvorschriften geschaffen werden. Es waren bisher auf Grund der genannten Verordnung in Verbindung mit der Verordnung über Festsetzung des Jahresarbeitsverdienstes in der landwirtschaftlichen Unfallversicherung vom 6. August 1919 (RGBl. S. 1369) die zuletzt vor dem 1. August 1914 festgesetzten durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienste maßgebend. Sie hatten jedoch einen Zuschlag von 60 v. H. erhalten. Art. XVIII erhöht diesen Zuschlag für die Unfälle vom 1. Januar 1920 ab auf 500 v. H.

In der See-Unfallversicherung ist eine grundsätzliche Neuregelung insofern vorgenommen worden, als an die Stelle der bisher bei der Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes zugrunde zu legenden monatlichen Durchschnittssätze, die der Reichskanzler festzusetzen hatte, die in Tarifverträgen festgesetzten Entgelte maßgebend sein sollen. Dabei ist eine Besserstellung der Versicherten noch insoweit erfolgt, als nicht wie bisher das Elffache des monatlichen Durchschnittssatzes, sondern nunmehr das Zwölffache der Monatsheuer als Jahresarbeitsverdienst gilt (§ 1067 in der Fassung des Art. XI). Weitere Einzelheiten ergeben sich aus den §§ 1067 bis 1070 RVO. in der Fassung des Art. XI. Den Vorschriften des Art. XI ist rückwirkende Kraft nicht beigelegt worden. Es könnte ihnen aber auf Grund der Vorschrift des Art. XIX Satz 2 rückwirkende Kraft gegeben werden. Auch kann für die Vergangenheit der Reichsarbeitsminister auf Grund der Ermächtigung in der Verordnung über die Festsetzung des Jahresarbeitsverdienstes in der See-Unfallversicherung vom 2. Januar 1919 (RGBl. S. 20) noch anderweite Festsetzungen über den Jahresarbeitsverdienst in der See-Unfallversicherung treffen.

Hinsichtlich der Unternehmerversicherung bringt das Gesetz zwei Neuerungen. Die Satzung der Berufsgenossenschaft kann künftig auf allen Gebieten der Unfallversicherung die Unternehmer ohne Ausnahme der Versicherungspflicht unterstellen (Art. II, III, X). Die Selbstversicherung ist dem Unternehmer in der gewerblichen und landwirtschaftlichen Unfallversicherung künftig bis zu einem Jahresarbeitsverdienst von 40 000 ℳ gestattet. (Die bisherige Grenze lag bei 3000 ℳ; die See-Unfallversicherung kennt eine solche Grenze überhaupt nicht.) Satzungsbestimmungen auf Grund der neuen Vorschriften können ihre Wirkungen bis zum 1. Januar 1920 zurückerstrecken (Art. XVI). Eine Rückwirkung der erweiterten Befugnis zur Selbstversicherung ist naturgemäß nicht vorgesehen.

Das Gesetz trägt noch in zwei Punkten der Geldentwertung Rechnung. Die Höchstgrenze für Mindestbeiträge, welche die Satzung einer landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft unter gewissen Voraussetzungen festsetzen kann, ist erhöht worden (§ 1006 RVO. in Verbindung mit Art. IX). Ferner sind zwei Vorschriften der Unfallversicherung über die Fürsorge in der Wartezeit (§ 577 Abs. 1 Schlußsatz und § 1084 Schlußsatz RVO.) durch Art. XIV abgeändert worden, und zwar den neueren Vorschriften über die Versicherungsgrenze für Betriebsbeamte in der Krankenversicherung entsprechend (II B § 5 der Verordnung über Aufhebung der Verordnung vom 1. April 1920 — RGBl. S. 433 — und über Heraufsetzung des Grundlohnes und Ausdehnung der Versicherungspflicht in der Krankenversicherung vom 30. April 1920 — RGBl. S. 769).

Das neue Gesetz bringt auch, wie bereits hervorgehoben, eine Verbesserung der Bezüge für die sogenannten Altrentner. Die durch die Verordnung vom 5. Mai 1920 (RGBl. S. 878) gewährten Zulagen erwiesen sich wegen der weiteren Geldentwertung und steigenden Teuerung schon bald nicht mehr als ausreichend. Vielmehr machte sich, wie auf den anderen Gebieten der Sozialversicherung, so auch im Gebiet der Unfallversicherung mehr und mehr das Bedürfnis geltend, durch weitere Maßnahmen der wachsenden Not zahlreicher Rentenempfänger zu steuern. Alsbald nach dem Zusammentreten des neuen Reichstags begannen in dessen Ausschuß für soziale Angelegenheiten unter Beteiligung der Reichsregierung Beratungen über Notstandsmaßnahmen. Reichsmittel konnten für diese nicht zur Verfügung gestellt werden. Vielmehr blieb nur übrig, die Träger der Versicherung weiter zu belasten. Zunächst wurden die Beratungen über die Invalidenversicherung durchgeführt. Sie hatten zum Ergebnis das Gesetz über eine außerordentliche Beihilfe für die Empfänger von Renten aus der Invalidenversicherung vom 26. Dezember 1920 (RGBl. S. 2315). Über die Unfallversicherung wurde weiter beraten. Doch konnte man sich bisher über die mannigfachen Verbesserungsvorschläge, die im Ausschuß gemacht wurden, noch nicht endgültig schlüssig werden. Bei der Beratung des Gesetzes wurde aber allseitig die Notwendigkeit anerkannt, daß den Zulagenempfängern in der Unfallversicherung, die schon seit Anfang 1921 auf eine ähnliche Maßnahme warteten, wie sie in der Invalidenversicherung durch das Beihilfengesetz getroffen war, wenigstens vorläufig geholfen werde. Auf sofortige Durchführbarkeit der geplanten Hilfe wurde besonderer Wert gelegt. Aus diesen Erwägungen heraus wurde die Verdoppelung der bisherigen Zulagen für das Jahr 1921 beschlossen (Art. XIII). Dabei sind besondere neue Anweisungen der Versicherungsträger auf die erhöhten Leistungen, die naturgemäß bei der großen

Digitized by Google

Anzahl der Zulagenempfänger geraume Zeit zu ihrem Erlaß beansprucht hätten, entbehrlich. Vielmehr können die verdoppelten Zulagen ohne besondere Anweisung der Versicherungsträger von den Postbehörden ausgezahlt werden. Aus der Fassung des Art. XIII geht hervor, daß für die erhöhten Zulagen alle Vorschriften der Verordnung vom 5. Mai 1920 weiter gelten sollen. Hervorgehoben sei, daß auch die erhöhten Zulagen vorschußweise aus Reichsmitteln gezahlt werden (§ 11 der Verordnung). Nach § 14 der Verordnung werden die Versicherungsträger auch berechtigt sein, zur Erstattung der für ihre Rechnung gezahlten Zulagen Kriegsanleihe zu günstigem Kurse an Zahlungsstatt abzuführen. Endlich bestehen weiter die Vorschriften über das Verfahren und die Ermächtigung für das Reichsversicherungsamt, Näheres über die Durchführung und das Verfahren anzuordnen. Eine weitere Abänderung der Verordnung vom 5. Mai 1920 ist bereits oben im Zusammenhang mit der Drittelungsgrenze besprochen worden. (Art. XII Ziff. I—III.) Art. XII Ziff. IV streicht im § 7 der Verordnung die Anführung des § 1542 der Reichsversicherungsordnung. Infolge dieser Streichung können die Versicherungsträger, wenn sie einen Ersatzanspruch haben, nicht nur die von ihnen gezahlten Rentenbeträge, sondern auch die Beträge der Rentenzulagen ersetzt verlangen.

Die Reichsregierung hatte gegen die Erweiterung des Gesetzentwurfs im Reichstag Bedenken geäußert. Die Bedenken richteten sich nicht dagegen, daß die vom Reichstag angeschnittenen Fragen überhaupt neu geregelt werden sollten. Die Verbesserungsbedürftigkeit zahlreicher Vorschriften der Unfallversicherung hatte vielmehr die Reichsregierung ausdrücklich anerkannt, und ein Entwurf über Änderungen des dritten Buches der Reichsversicherungsordnung war bereits im Jahre 1920 dem Reichsrat vorgelegt worden. Er sollte in nächster Zeit an den Reichsrat gelangen. Die Bedenken der Reichsregierung richteten sich lediglich gegen die beschleunigte Verabschiedung dieser Vorschriften. Es war bei der schnellen Erledigung des Gesetzes im Reichstag nicht mehr möglich, die beteiligten Kreise zu allen Punkten ausreichend zu hören und genügende Unterlagen zu beschaffen. Es waren daher Unstimmigkeiten zu befürchten, um so mehr als bei der beschleunigten Beratung — es handelte sich um wenige Tage — es äußerst schwierig war, die bei dem verwickelten Rechtsstoffe sehr zahlreichen Rückwirkungen der Anträge auf andere Vorschriften der Reichsversicherungsordnung zu berücksichtigen. (Diese Befürchtungen der Reichsregierung haben sich hinsichtlich einiger, allerdings unwesentlicher Punkte bereits als berechtigt erwiesen.) Der Reichstag hielt aber die schleunige Erledigung der in das Gesetz aufgenommenen Änderungen für geboten und trug den Bedenken der Reichsregierung nur in zwei Punkten Rechnung: Art. XIX Satz 2 ermächtigt den Reichsarbeitsminister, mit Zustimmung des Reichsrats nachträglich vom Gesetz abweichende Vorschriften über Inkrafttreten und Rückwirkung des Gesetzes zu geben, dabei also nachträglich hervorgetretene Bedürfnisse zu berücksichtigen. Ferner kann das Reichsversicherungsamt auf Grund des Art. XX helfen, wenn sich in der Durchführung einzelner Vorschriften des Gesetzes Schwierigkeiten ergeben sollten.

Schwerwiegender Natur waren die Bedenken, welche die Reichsregierung während der Beratung des Gesetzes im Reichstage über die wirtschaftliche Bedeutung des Gesetzes äußern mußte. Die neuen Belastungen, die das Gesetz den Trägern der Unfallversicherung und damit unserer Wirtschaft bringt, sind sehr erheblich, und es galt, einen möglichst gerechten Ausgleich zu finden zwischen den Wünschen und der Hilfsbedürftigkeit der Versicherten einerseits und der Notwendigkeit anderseits, die gefährdete Lage unserer Volkswirtschaft zu berücksichtigen. Der Reichsarbeitsminister wies darauf hin, daß das Gesetz und seine finanziellen Wirkungen nicht für sich allein betrachtet werden dürften, sondern daß auch die Lasten in Betracht gezogen werden müßten, welche die anderen Gebiete der Sozialversicherung unserer Wirtschaft bereits neu auferlegt hätten und in großem Maße noch auferlegen würden. Er sprach dabei die Befürchtung aus, daß das ganze Gebäude unserer Sozialversicherung infolge einer für die Gegenwart allzu schweren Belastung ins Wanken geraten könnte. Die Mehrheit des Reichstags hat sich diesen Bedenken nicht verschlossen und ihnen insbesondere hinsichtlich der Bemessung der Drittelungsgrenze und bei den Beschlüssen über die Zulagen Rechnung getragen. Es ist anzunehmen, daß die Neubelastung, wie sie das Gesetz nunmehr mit sich bringt, von den Versicherungsträgern und von unserem Wirtschaftsleben ertragen werden kann.

Erhöhung der Versicherungsgrenze für Angestellte.

Der Reichsrat hat am 9. Juni ohne weitere Erörterung den Gesetzentwurf über Änderung des Versicherungsgesetzes für Angestellte angenommen, der in den Ausschußberatungen nur unwesentliche Änderungen erfahren hat. Nach dem Entwurf wird die Versicherungsgrenze von 15 000 auf 28 000 ℳ erhöht. Im ganzen werden neun Gehaltsstufen gebildet. Die erste reicht bis 1500 ℳ, die zweite bis 3000 ℳ, die dritte bis 4000 ℳ, die vierte bis 5000 ℳ, die fünfte bis 6000 ℳ, die sechste bis 8000 ℳ, die siebente bis 10 000 ℳ, die achte bis 15 000 ℳ und die neunte bis 28 000 ℳ Gehalt. An Beiträgen werden „bis auf weiteres" erhoben: in der ersten Klasse 15,60 ℳ, in der zweiten 24,60 ℳ, in der dritten 30,60 ℳ, in der vierten 37,60 ℳ, in der fünften 43,20 ℳ, in der sechsten 55,20 ℳ, in der siebenten 68,40 ℳ, in der achten 80,40 ℳ und in der neunten Klasse 98,40 ℳ. Entsprechend der Erhöhung der Beiträge soll auch das Ruhegeld erhöht werden. Zunächst wird ein für alle Klassen gleicher Grundbetrag von 360 ℳ jährlich festgesetzt, wozu dann die Steigerungssätze treten. Der Steigerungssatz beträgt für jeden entrichteten vollen Monatsbeitrag in der ersten Klasse 1,50 ℳ, der zweiten 3,60 ℳ, der dritten 4 ℳ, der vierten 6 ℳ, der fünften 8,60 ℳ, der sechsten 10 ℳ, der siebenten 12 ℳ und der achten und neunten 15 ℳ. Bei Kindern unter 18 Jahren erhöht sich das Ruhegeld für das erste Kind jährlich um 32 Hundertstel, für das zweite um 24 Hundertstel und für jedes weitere Kind um jährlich 16 Hundertstel des Grundbetrages. — Die in der Regierungsvorlage vorgesehene Einbeziehung der Lehrlinge in Apotheken haben die Reichsratsausschüsse abgelehnt. —

Hierzu bemerkt das „Berl. Tagebl." v. 10. Juni: „Der Reichsrat hat gestern wieder bewiesen, daß er zwar gelegentlich als Hemmschuh wirken kann, aber in keiner Weise eine Sicherung gegen übereilte Reichstagsbeschlüsse bietet. Sonst hätte er nicht den im heutigen Morgenblatt mitgeteilten Beschluß fassen können, wonach die geplante Änderung des Versicherungsgesetzes für Angestellte unbesehen gebilligt wurde. Schon vor längerer Zeit wurde ein Vorstoß in dieser Richtung gemacht. Damals wurde er abgeschlagen. Aber die Bureaukratie ist zähe.

Digitized by Google

Wenn sie die Vordertreppe hinuntergeworfen wird, dann kommt sie auf der Hintertreppe wieder. Jedenfalls liegt jetzt ein durch den Reichsrat gedeckter Beschluß des Reichstagsausschusses vor, wonach die Versicherungsgrenze für Angestellte von 15 000 auf 28 000 ℳ erweitert werden soll. Nun mag es ohne weiteres als richtig zugegeben werden, daß sich der Geldwert vermindert hat, sogar derart, daß, an den früheren Verhältnissen gemessen, auch ein Einkommen von 28 000 ℳ heute höchstens einem Friedenseinkommen von 2400 ℳ entspricht. Wollte man also konsequent sein, dann hätte man bis zu Einkommen von 60 000 ℳ gehen müssen. Aber auf solche Berechnungen kommt es doch nicht an, sondern darauf, ob für die Empfänger mit nominell höheren Gehältern noch irgendein Vorteil aus der Zwangsversicherung zu erwarten ist. Diese Frage verneinen wir schon ganz allgemein. Es kommt aber dazu, daß die von den höheren Gehaltsempfängern geforderten Leistungen in gar keinem Verhältnis zu dem etwaigen Ruhegehalt stehen würden. Wer nämlich ein Gehalt zwischen 10 000 und 15 000 ℳ hat, der soll monatlich 80,40 ℳ, und wer mehr als 15 000 ℳ Gehalt hat, der soll monatlich sogar 98,40 ℳ Beitrag zahlen. Dafür winkt ihm dann die tröstliche Aussicht, daß er, wenn er es erlebt, bei seiner Versetzung in den Ruhestand ein Grundgehalt von jährlich — wohlgemerkt jährlich — 360 ℳ erhält, das allerdings durch abgestufte Zuschläge erhöht wird. Diese Zuschläge sollen in der achten und neunten Stufe, also gleichgültig, ob sie monatlich 80,40 ℳ oder 98,40 ℳ zahlten, für jeden Monatsbeitrag um 15 ℳ erhöht werden. Wer also zweihundert Beitragsmonate aufweisen kann, der würde in diesen Klassen das fürstliche Ruhegehalt von 360 plus 3000 ℳ, insgesamt 3360 ℳ erhalten. Dafür hätte der Beitragspflichtige in der neunten Klasse etwa 20 000 ℳ bar entrichtet. Der Gehaltsempfänger der achten Klasse soll die gleiche Summe erhalten, obgleich er noch nicht 17 000 ℳ in der gleichen Zeit entrichtet hat. Warum? Darüber schweigt sich die sozial denkende Regierung aus. Wir sind der Meinung, daß der weiße Rabe, der bei einem Einkommen von 15 000 ℳ, von dem noch die zehnprozentige Steuer abgezogen wird, überhaupt monatlich 98,40 ℳ zurücklegen kann, viel besser tut, wenn er sein Geld auf die Sparkasse trägt. Hier erhält er seine Zinsen und hat einen Notgroschen für die Zukunft, der ihm jederzeit zur Verfügung steht. Es könnte noch manches gegen diese Erhöhung der Versicherungsgrenze gesagt werden, aber die kurzen Andeutungen dürften bereits genügen, um dieses Fehlgesetz schlimmster Art als unannehmbar zu erweisen."

Vorzeitige Anträge auf Befreiung von der eigenen Beitragsleistung zur Angestelltenversicherung.

An die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte werden schon jetzt in erheblicher Anzahl Anträge auf Befreiung von der eigenen Beitragsleistung gerichtet für den Fall, daß die Versicherungsgrenze über 15 000 ℳ hinaus erhöht wird. Da ein diesbezügliches Gesetz noch nicht ergangen ist, müssen diese Anträge abgelehnt werden. Mit Rücksicht auf Porto- und Arbeitsersparnis wird dringend empfohlen, mit Befreiungsanträgen zu warten, bis das Gesetz erlassen ist und feststeht, ob und unter welchen Voraussetzungen Befreiung von der eigenen Beitragsleistung gewährt wird.

Die Notlage der Versicherungsanstalten

wird von Tag zu Tag dringlicher. Die letzte große Beitragserhöhung ist nicht imstande gewesen, die Unterbilanz auszugleichen, die durch die Auszahlung von Teuerungszuschlägen, die längst ein Mehrfaches der Renten bilden, entstanden ist (XXIX, 452, 907). Infolgedessen sehen sich die Anstalten genötigt, um nur überhaupt die gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen erfüllen zu können, die fakultativen abzubauen. Damit ist eines der wichtigsten Tätigkeitsgebiete der deutschen Sozialversicherung — die Heilfürsorge der Versicherungsanstalten — aufs schwerste bedroht, wenn es nicht noch in letzter Stunde gelingt, durch eine entsprechende Beitragserhöhung das Unheil abzuwenden, das um so größer ist, als der allgemeine Gesundheitszustand besonders auch der jetzt in die Arbeit tretenden Jugend erschreckend herabgesetzt und eine kräftige Bekämpfung der großen Volksseuchen notwendiger denn je ist.

Ein Alarmzeichen, das hoffentlich die gesetzgebenden Körperschaften aufrütteln wird, ist die Einschränkung der Heilfürsorge bei der Landesversicherungsanstalt Berlin, die gerade auf dieses Gebiet ein besonderes Gewicht gelegt und einen verhältnismäßig sehr hohen Prozentsatz ihrer Mittel in vorbeugender Tätigkeit angelegt hat. Gesamtvorstand und Ausschuß haben jüngst einstimmig folgenden Beschluß gefaßt: „Die Kosten der freiwilligen Leistungen der Landesversicherungsanstalt Berlin auf dem Gebiet der vorbeugenden Krankenfürsorge sind durch die enorme Steigerung der Ausgaben für Lebensmittel, Löhne, Gehälter und Materialien aller Art, insbesondere für Kohlen, derartig gestiegen, daß sie aus den laufenden Einnahmen nicht bestritten werden können und bereits seit längerer Zeit eine starke Minderung des Vermögens der Landesversicherungsanstalt Berlin herbeigeführt haben. Wenn die Landesversicherungsanstalt trotzdem bislang alle ihre Fürsorgeeinrichtungen uneingeschränkt aufrechterhalten hat, so hat sie dies in der bestimmten Erwartung getan, daß seitens der Reichsregierung die notwendigen Schritte zur Abhilfe des Notstandes getan werden würden. Zu dieser Erwartung war die Landesversicherungsanstalt Berlin um so mehr berechtigt, als der Reichstag in einer Resolution die Reichsregierung ersucht hatte, gesetzgeberische Maßnahmen zur Beseitigung des Notstandes so rechtzeitig vorzubereiten, daß diese am 1. Juli in Kraft treten können. Die Anstalt ist zu ihrem lebhaftesten Bedauern zur weiteren Einschränkung ihrer vorbeugenden Maßnahmen gezwungen. Gesamtvorstand und Ausschuß der Landesversicherungsanstalt Berlin beschließen daher: 1. Die Kinderheilstätte Lichtenberg wird aufgelöst. 2. Die gesamte Zahnfürsorge wird eingestellt. 3. Die Zahl der Betten der Arbeiterheilstätte Beelitz wird bis auf 300 bis 400 Betten für Lungenkranke eingeschränkt, falls nicht bis spätestens zum 1. Juli gesetzgeberische Maßnahmen zur Beseitigung der Notlage herbeigeführt sind. 4. Alle sonstigen Fürsorgeeinrichtungen bleiben bis auf weiteres bestehen."

Unter Berücksichtigung dieser Notstände hat die sozialdemokratische Fraktion des preußischen Landtages folgenden Antrag eingebracht: „Der Landtag wolle beschließen: Die Staatsregierung zu ersuchen, bei der Reichsregierung dahin zu wirken, daß unverzüglich ein Notgesetz erlassen wird, welches den Landesversicherungsanstalten gestattet, geeignete Maßnahmen zur Behebung ihrer finanziellen Schwierigkeiten zu treffen, damit die bisherigen Einrichtungen dieser Anstalten, insbesondere Heilverfahren, Zahnfürsorge usw. fortgeführt werden können." („Soziale Praxis" v. 1. 6. 21.)

Digitized by Google

Zentralschiedsamt zur Entscheidung von Streit zwischen Krankenkassen und Ärzten.

Nach Ziff. 5 des Berliner Abkommens nebst Ziff. IV der bezüglichen Ausführungsbestimmungen entscheidet, soweit über den Abschluß neuer Verträge zwischen Kassen und Ärzten keine Einigung erzielt wird, das Schiedsamt endgültig mit verbindlicher Wirkung für beide Teile darüber, welche Bedingungen als angemessen den Ärztverträgen zugrunde zu legen sind; ferner besonders auch bei Streit darüber, ob ein wichtiger Grund zur Änderung des Ärztsystems vorliegt. Ein Rechtsmittel gegen solche Entscheidungen ist danach nicht zugelassen. Das wurde peinlich empfunden, da die Schiedsämter vielfach widersprechende Urteile in jenen für die Beteiligten so wichtigen Fragen fällten, woraus sich eine empfindliche Rechtsunsicherheit ergab. Die Hauptverbände der Krankenkassen haben deshalb schon vor Jahren die Errichtung einer höheren Stelle — eines „Zentralschiedsamts" — zur Entscheidung über Berufungen gegen die Entscheidungen der Schiedsämter vorgeschlagen (zu vgl. ArbVers. 1916 S. 258 unter B). Die Ärzteverbände beschlossen aber, „in Anbetracht der großen Tragweite des Antrags", die Stellungnahme zu diesem aufzuschieben, bis Ärztetag und Hauptversammlung des Leipziger Verbandes, deren Einberufung in der Kriegszeit nicht angängig erschien, sich geäußert haben würden (zu vgl. „BetrKK." 1916 S. 94). Erst neuerlich ist die Anregung wieder aufgenommen worden und hat zu der hier im Heft 14 S. 273 zu I mitgeteilten Vereinbarung über die Bildung eines Zentralschiedsamts geführt. Die Ausführung dieses Beschlusses setzt aber, nach seinem Inhalt, die Mitwirkung des Präsidenten des Reichsversicherungsamts voraus, die ohne Einverständnis der übergeordneten Stelle nicht wohl zugesagt werden konnte. Durch Schreiben vom 2. Mai 1921 hat nun der Reichsarbeitsminister den beteiligten Verbänden sein grundsätzliches Einverständnis dahin mitgeteilt, daß bis zur gesetzlichen Regelung des Verhältnisses zwischen Ärzten und Krankenkassen ein „vorläufiges Reichsschiedsamt" bei dem Reichsversicherungsamt gebildet wird und daß der genannte Präsident die zur Regelung der Einzelheiten noch nötigen Verhandlungen mit den beteiligten Verbänden führe. Es ist zu erwarten, daß diese Verhandlungen in naher Zeit zu dem dringend erwünschten Ergebnisse führen werden.

Die Verbandstagung des Allgemeinen Verbandes Deutscher Landkrankenkassen

(Sitz Berlin, Geschäftsstelle in Perleberg) hat vom 21. bis 26. Mai 1921 in Goslar stattgefunden. Am 25. Mai waren die Hauptverhandlungen, an denen mehr als 450 Vertreter aus allen Teilen des Reiches teilnahmen. Der Verbandsvorsitzende, Abgeordneter Dr. Krüger-Allerheiligen, eröffnete die Verhandlungen mit Begrüßung und einer Ansprache, welche die ländliche soziale Fürsorgearbeit behandelte. Es waren Vertreter zahlreicher Reichs- und Staatsbehörden erschienen. Die Geschäfts- und Kassenberichte des Verbandes für 1920 erstattete Verbandsdirektor Unger-Perleberg. Vom Ministerialrat Geh. Regierungsrat Dr. Schulz vom Reichsarbeitsministerium wurde das Thema „Arbeitsgemeinschaften der Versicherungsträger und Pflichtkassenverbände" in interessanten Ausführungen behandelt. Weitere Verhandlungsgegenstände waren: „Die Besoldung der Kassenangestellten und das Sperrgesetz" (Berichterstatter Ministerialrat Oberregierungsrat v. Geldern vom Preuß. Wohlfahrtsministerium), „Die Kontrolle der kassenärztlichen Tätigkeit" (Sanitätsrat Dr. Scholl-München), „Landkrankenkassen und ländliche Wohlfahrtspflege" (Ökonomierat Lembke-Berlin), „Krankenbeförderung auf dem Lande" (Geh. Medizinalrat Dr. Nickel-Perleberg). Als nächstjähriger Tagungsort wurde Detmold gewählt. Am 26. Mai fand eine Geschäftsführer- und Angestelltenversammlung ebenfalls unter sehr zahlreicher Beteiligung statt. Hier wurden praktische Fragen aus dem Gebiet der Krankenversicherung, u. a. das Reichsversorgungsgesetz (Verbandsgeschäftsführer Schraeder-Perleberg), Aufbau der Versicherungsträger (Geschäftsführer Kaesmacher-Aachen), Ausbildung der Kassenangestellten (Verwaltungsdirektor Herrmann-Oels) behandelt.

Betriebskrankenkassentag.

Am 26. und 27. Mai hielt der Betriebskrankenkassenverband, der seinen Sitz in Essen hat, in Heidelberg seine diesjährige, aus allen Teilen des Reiches gut besuchte Hauptversammlung ab. Der Vorsitzende, Justizrat Wandel, Direktor bei Krupp, Essen, erstattete einen eingehenden Bericht über die Tätigkeit des Verbandes und über den Stand der Verbandsangelegenheiten. Der Verband, der nahezu 3600 Kassen umfaßt, nehme allenthalben die ihm gebührende Stellung ein. Generalsekretär Dr. Halbach, Essen, hielt einen längeren Vortrag über die Änderungen in der Krankenversicherung, die das alte Recht den neueren Zeitverhältnissen anpassen sollen. Eingehend wurde nachgewiesen, daß der Gesetzentwurf über Bildung von Pflichtverbänden der Krankenkassen verfehlt sei, höhere Beitragsleistungen bedinge, ohne entsprechende Vorteile zu bieten. Mit Nachdruck wendete sich der Redner gegen den „Gesamtumbau der Reichsversicherung", für den aus dem Reichsarbeitsministerium heraus Stimmung gemacht werde. Es sei Pflicht der Kreise der Praxis, die Reichsversicherung vor der drohenden Verschlechterung und Verteuerung zu bewahren! Das geschäftsführende Vorstandsmitglied Heinemann, Essen, befaßte sich eingehend mit der vielumstrittenen Kassenarztfrage: Die mannigfachen Abkommen zwischen Krankenkassen und Ärzten hätten den erforderlichen Ausgleich nicht gebracht, der Gesetzgeber müsse eingreifen, da die Spannung zwischen Kassen und Ärzten auf die Dauer unerträglich sei. Der gleiche Redner sprach über den Arzneibezug der Krankenkassen, wobei er insbesondere die Preisberechnung in der Reichsarzneitaxe berücksichtigte. Wegen der hohen Arzneipreise sollten die Kassen bestrebt sein, die Arzneikosten zu mindern. Falls die Apotheker hierbei ein angemessenes Entgegenkommen versagten, müßten die Krankenkassen im Wege der Selbstabgabe ihre berechtigten Interessen wahrnehmen. Regierungsrat Hoffmann, Karlsruhe, behandelte ausführlich die Aufgaben, die das Reichsversorgungsgesetz den Betriebskrankenkassen auf dem Gebiete der Versorgungsbehandlung der Kriegsbeschädigten zuweist, an Hand der vom Reichsarbeitsministerium dafür herausgegebenen „Leitsätze". Er ging näher ein auf die Beziehungen der Betriebskrankenkassen zu den Versorgungsbehörden. Der Geschäftsführer der Gesellschaft für Soziale Hygiene, Dr. Fischer, Karlsruhe, hielt einen Vortrag über „Öffentliche Gesundheitspflege und Betriebskrankenkassen". Der Vortragende schilderte die Zustände der öffentlichen Gesundheitspflege, die bisherige Tätigkeit und die

Digitized by Google

künftigen Aufgaben der Kassen auf diesem Gebiete. Sanitätsrat Dr. Hanauer, Frankfurt a. M., zeigte dann, in welcher umfassenden Weise gerade die Betriebskrankenkassen bei der Gewerbehygiene mitwirken können. Bei ihnen ließen sich gewerbliche Schädigungen verhältnismäßig leicht feststellen, auch verhüten und beseitigen. Redner regt den Ausbau der Erkrankungsstatistik und die Anstellung hygienisch geschulter Vertrauensärzte an. Die Tagung, die allen Teilnehmern viel Aufklärung und Belehrung gebracht haben dürfte, hat einen sehr guten Verlauf genommen.

Beantwortung von Anfragen.

Rechtsauskünfte aus unserem Arbeitsgebiet erteilen wir den Beziehern unserer Zeitschrift bereitwillig, ohne indessen eine Verpflichtung oder eine zivilrechtliche Haftung zu übernehmen. Für schriftliche Auskunft wird Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten, und zwar auch dann, wenn nur Bescheid durch die Zeitschrift erbeten, die Sache aber zur Veröffentlichung an dieser Stelle nach unserem Ermessen nicht geeignet ist.

Rückwirkende Gehaltserhöhungen auch für bereits Entlassene?

1. **Nach Köln.** Antwort: Eine Entscheidung, die die Frage betrifft, ob auch bereits ausgeschiedene Angestellte Anspruch auf eine Gehaltserhöhung haben, die durch einen Tarifvertrag mit rückwirkender Kraft festgesetzt ist, ist in dem Mitteilungsblatt des Schlichtungsausschusses Groß-Berlin 1920 Nr. 19 vom 15. April 1920 S. 244 veröffentlicht worden. Der Schlichtungsausschuß hatte sich dahin ausgesprochen, daß die Gehaltserhöhung auch von demjenigen Angestellten verlangt werden kann, der sich zu der Zeit, da sie beschlossen wird, nicht mehr in der Stellung befinde. Der Demobilmachungskommissar lehnte es jedoch ab, diesen Spruch für verbindlich zu erklären: nach allgemeinen Rechtsgrundsätzen müsse angenommen werden, daß sich die Festsetzung einer Gehaltserhöhung, mag diese durch einen Vertrag oder einen Schiedsspruch erfolgen, immer nur auf die Angestellten beziehe, die an dem Tage, an dem die Verpflichtung zur Zahlung des höheren Gehalts begründet worden sei, sich in den Diensten des Arbeitgebers befunden hätten. Eine Ausdehnung einer Gehaltserhöhung auf bereits ausgeschiedene Angestellte könne nur dann angenommen werden, wenn eine entsprechende Bestimmung bei der Festsetzung der Gehaltserhöhung ausdrücklich getroffen sei. Daraus, daß ihr rückwirkende Kraft beigelegt sei, könne nicht geschlossen werden, daß sie den bereits ausgeschiedenen Angestellten habe zugute kommen sollen. — Denselben Standpunkt, wie der Demobilmachungskommissar für Groß-Berlin, haben nach einer Mitteilung der „Freiheit" vom 6. April 1920 die Landgerichte Neuruppin und Dortmund eingenommen. Im Gegensatz hierzu hat nach dem „Typograph" v. 5. 12. 19 das Gewerbegericht Hamburg einen solchen Anspruch anerkannt.

Familienkrankenhilfe für die aus eigener Versicherung ausgesteuerte Ehefrau eines bei derselben Kasse versicherten Mannes.

2. **Nach Halle a. S.** Frage: Frau M. hat als freiwilliges Mitglied unserer Kasse die Krankenhilfe bis zum Tage ihrer Aussteuerung in Anspruch genommen. Nach Ablauf dieser Unterstützungszeit nimmt sie auf Grund der Versicherungspflicht ihres Ehemannes, der gleichfalls unserer Kasse angehört, die Kasse weiter in Anspruch. Ist sie hierzu berechtigt?

Antwort: Wir bejahen die Frage. Denn es handelt sich um zwei verschiedene Versicherungsverhältnisse, die auseinanderzuhalten sind, weil aus dem einen dieser Verhältnisse die Frau selbst Anspruch auf die Leistungen der Kasse hat, während der Anspruch aus dem anderen Verhältnisse, ganz unabhängig von jenem und selbständig, dem Ehemann für seine Frau zusteht. Hierdurch unterscheidet sich der Fall wesentlich von dem Falle, daß derselbe Versicherte, der von seiner Kasse bereits ausgesteuert ist, zu einer anderen Kasse übertritt. Dort handelt es sich um ein einheitliches Versicherungsverhältnis und um einen einheitlichen Leistungsanspruch, in den nur kraft besonderer gesetzlicher Vorschrift (§ 212 RVO.) eine andere Kasse als leistungspflichtig eintritt, unter der selbstverständlichen Voraussetzung, daß nicht der Anspruch bereits durch Erfüllung (Aussteuerung) vollständig erledigt ist (vgl. Entsch. des sächs. ObVerwGer. in ArbVers. 1910 S. 368). Im vorliegenden Falle würde man der Rechtslage und der Billigkeit nicht gerecht werden, wenn man den Anspruch des Ehemannes auf Grund seiner Versicherung ablehnen wollte, weil der Anspruch der Ehefrau auf Grund ihrer Versicherung bereits erfüllt ist.

Wochenhilfe für landwirtschaftliche Arbeiter in Fällen des § 420 RVO.

3. **Nach Rybnik.** Antwort: Die Ausführungen Hoffmanns in „Landkrankenkasse" v. 16. 2. 20 Sp. 51 ff., wonach den landwirtschaftlichen Arbeitern, die nach §§ 420, 425 RVO. keinen Anspruch auf Barleistungen haben, auch ein Anspruch auf Wochenhilfe aus § 195a oder aus § 205a RVO. nicht zustehen sollte, sind überholt durch § 24 des Wochenhilfegesetzes in der Fassung v. 22. 5. 20, welcher dem § 425 RVO. folgende Fassung gegeben hat: „Was nach § 420 bis 423 für das Krankengeld gilt, gilt auch für die anderen Barleistungen der Kasse mit Ausnahme der Wochenhilfe und des Sterbegeldes."

Keine Familienwochenhilfe bei Niederkunft nach dem Tode des versicherten Familienhauptes.

4. **Nach Gelnhausen.** Frage: Hat die Frau eines versicherten Mitgliedes Anspruch auf Familienwochenhilfe, wenn die Niederkunft am 9. April 1921 erfolgt ist, während der Ehemann bereits am 19. März 1921 infolge eines Betriebsunfalles verstorben ist? Sonstige Voraussetzungen sind gegeben. Die Wöchnerin ist nicht versichert.

Antwort: Nein! Wie der Anspruch der Wöchnerin selbst auf Wochenhilfe nach § 195a RVO. (abgesehen von der Schwangerschaftsbeihilfe) vor-

Digitized by Google

aussetzt, daß sie zur Zeit der Niederkunft Mitglied der Kasse (oder nach § 214 RVO. berechtigt) war, so ist aus der Versicherung des Familienhauptes ein Anspruch auf Wochenhilfe nach § 205a nur begründet, wenn das Familienhaupt im Zeitpunkt der Niederkunft bei der Kasse versichert war.

Wartezeit für Mehrleistungen der Kasse nach § 208 RVO.

5. **Nach Berlin.** Antwort: Die Wartezeit von (höchstens) sechs Monaten für den Anspruch auf Mehrleistungen läuft nach § 208 Satz 1 RVO. vom „Beitritt", d. h. vom Beginn der Mitgliedschaft bei der Kasse. Sie gilt nach Satz 2 nicht für Mitglieder, die „binnen der letzten zwölf Monate" bereits für mindestens sechs Monate Anspruch auf Mehrleistungen einer Krankenkasse gehabt haben. Jene zwölf Monate sind gleichfalls von dem Beitritt, also vom Beginn der Mitgliedschaft bei derjenigen Kasse zurückzurechnen, bei der ein Anspruch auf Mehrleistungen in Frage kommt. In den Zeitraum von zwölf Monaten müssen zusammen mindestens sechs Monate — gleichviel ob zusammenhängend oder nicht — fallen, in denen das Mitglied Anspruch auf Mehrleistungen „einer Krankenkasse" oder auch mehrerer Krankenkassen — gleichviel ob anderer Kassen oder auch auf Grund früherer Mitgliedschaft bei derselben Kasse, in die der Versicherte jetzt wieder eingetreten ist — gehabt hat. Dann gilt Satz 1 nicht; das heißt: Das Mitglied hat gegebenenfalls sofort beim Eintritt in die Kasse Anspruch auch auf deren Mehrleistungen. Die Voraussetzungen dieser Ausnahme sind durch den Satz 2 erschöpfend bestimmt. Nicht erforderlich ist, daß die jetzige Mitgliedschaft unmittelbar an eine frühere anschließt. Mitgliedszeiten aus den zwölf vorangegangenen Monaten kommen nach Satz 2 nicht in Betracht, soweit in ihnen ein Anspruch auf Mehrleistungen nicht bestanden hat, sei es deshalb, weil die frühere Kasse überhaupt keine Mehrleistungen gewährt oder weil sie gleichfalls eine Wartezeit nach § 208 Abs. 1 eingeführt hatte und diese Zeit damals noch nicht erfüllt war. Hat der Versicherte in jenen zwölf Monaten nur für geringere Zeit als sechs Monate Anspruch auf Mehrleistungen gehabt, so wird ihm nicht etwa diese geringere Zeit auf die Wartezeit bei seiner jetzigen Kasse angerechnet, sondern die Voraussetzung des Satzes 2 ist dann nicht erfüllt, so daß er die volle Wartezeit aus Satz 1 zurückzulegen hat. — Auf Grund dieser Auslegung sind die einzelnen Fälle Ihrer Anfrage zu beurteilen.

Beweiswert der Erklärungen einer Ersatzkasse über Beitritt und Austritt von Mitgliedern (§§ 520, 521 RVO.).

6. **Nach B.** Antwort: Nach § 520 Abs. 1 RVO. ist zum Zwecke des Antrags auf Ruhen der Rechte und Pflichten bei der Krankenkasse (§ 517) dem Kassenvorstande der Beitritt nachzuweisen. Wie dieser Nachweis zu erbringen sei, sagt das Gesetz nicht. Da es aber im § 521 vorschreibt, daß die Ersatzkasse den Austritt eines versicherungspflichtigen Mitgliedes, das vom Rechte des § 517 Abs. 1 Gebrauch gemacht hat, dem Vorstande seiner Krankenkasse . . . anzuzeigen hat, so darf man annehmen, daß jedenfalls eine Erklärung der Ersatzkasse als hinreichender Nachweis, wie für den Austritt, so auch für den Beitritt zu dieser Kasse anzusehen ist. Die Ersatzkasse hat insoweit die öffentlichrechtliche Pflicht sorgfältiger Prüfung, ob in dem einen Falle der Beitritt, im anderen Falle der Austritt in rechtswirksamer Weise vollzogen ist. Wenn nun aber eine Ersatzkasse wiederholt Beitrittsnachweise, die sie ausgestellt hatte, und Austrittsanzeigen, die sie erstattet hatte, nach Ablauf mehr oder weniger langer Zeit als irrig widerrufen hat, so hat die Pflichtkasse, gerade weil jene früheren Erklärungen zunächst Glauben beanspruchen konnten, hinreichenden Anlaß, die Widerrufserklärungen so lange zu beanstanden und als unbeachtlich anzusehen, als ihr nicht anderweit in überzeugender Weise der Nachweis der Unrichtigkeit der früheren Erklärungen geführt wird. Wird er geführt, so muß allerdings rückwirkend der Beitritt oder der Austritt als nicht geschehen, also das Ruhen nach § 517 in dem einen Fall als nicht begonnen, im anderen als nicht beendet angesehen werden; aber die Pflichtkasse wird, wenn sich ergibt, daß die Ersatzkasse ihrer Pflicht sorgfältiger Prüfung schuldhaft nicht genügt hatte, Schadenersatz (für Aufwendungen, die sie etwa infolgedessen zu Unrecht gemacht hat) beanspruchen können und in jedem Fall auch Grund haben, die Sachlage der Aufsichtsbehörde der Ersatzkasse mit dem Ersuchen um Einschreiten zu unterbreiten.

Lieferung eines künstlichen Gebisses bei Unfallverletzung.

7. **Nach Detmold.** Frage: Der Verwalter N., der Mitglied einer Krankenkasse ist, erlitt einen Betriebsunfall und wurden ihm hierbei die vorderen Zähne ausgeschlagen. Vor Ablauf der 13. Woche hat er sich ein künstliches Gebiß anfertigen lassen. Wer trägt hierfür die Kosten, die Berufsgenossenschaft oder die Krankenkasse?

Antwort: Die Leistungspflicht der Berufsgenossenschaft beginnt erst nach Ablauf der 13. Woche (§ 558 RVO.). Bis dahin (und nötigenfalls noch darüber hinaus; §§ 182, 183, 1501 ff.) hat die Kasse freie ärztliche Behandlung und Heilmittel zu gewähren. Ob hierunter auch die Lieferung des künstlichen Gebisses fällt, ist nach den Umständen des Falles zu beurteilen, wie hier schon sehr oft ausgeführt worden ist. Wir verweisen auf die Stellen bei Hahn, Anm. 5c zu § 182 RVO. und auf ArbVers. 1916 S. 834.

Krankenhauspflege als Familienhilfe.

8. **Nach Eschwege.** Antwort: Gegenstand der satzungsmäßigen Familienhilfe kann, wie früher nach § 205 Ziff. 1, jetzt nach § 205b Ziff. 1 nur Krankenpflege sein. Die neue Vorschrift ist also insoweit ebenso auszulegen wie die alte. Daher kann auch Krankenhauspflege gewährt werden (vgl. Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 2 zu § 205). Es kann auch bestimmt werden, daß die Kasse die Kosten der Krankenpflege nur bis zu einem bestimmten Höchstbetrage übernimmt. Dagegen ist es unzulässig, statt der Sachleistungen einen festen Geldbetrag auszusetzen (ebenda; zu vgl. auch Entsch. des RVA. in ArbVers. 1921 Heft 10 S. 186).

Zuständigkeit für Streit über Ansprüche eines Arztes gegen die Krankenkasse.

9. **Nach Cassel.** Antwort: „Entscheidungen, welche den § 1636 RVO. betreffen", kommen in ihrem Fall in keiner Weise in Betracht. Denn § 1636 bezieht sich nur auf Streit über die Leistungen aus der Krankenversicherung, und ein solcher liegt nicht vor, wenn der Arzt die Kasse in Anspruch nimmt, weil er behauptet, durch die Behandlung eines Ver-

Digitized by Google

sicherten eine der Kasse obliegende Verpflichtung erfüllt und daher einen Anspruch auf Grund der Geschäftsführung ohne Auftrag zu haben (§§ 677 ff., 683 BGB.). Für die Entscheidung solchen Streits über einen bürgerlich-rechtlichen Anspruch sind die ordentlichen Gerichte zuständig. Zu vgl. ArbVers. 1915 S. 600 Ziff. 8.

Zuständigkeit einer Innungskrankenkasse.

10. **Nach Düsseldorf.** Antwort: Nach § 2 der Kassensatzung gehören der Kasse alle Versicherungspflichtigen an, die in den der Innung angehörigen Betrieben ihrer Mitglieder beschäftigt werden (vgl. auch § 250 Abs. 1 und 2 RVO.). Die Frage ist aber gerade die, welche Betriebe zur Innung gehören, und das ist in der Innungssatzung gesagt, die uns nicht vorliegt. Die Innung beschränkt sich auf solche Baubetriebe, die innerhalb des in der Satzung bestimmten Bezirkes liegen; dieser Bezirk soll in der Regel nicht über den Bezirk der höheren Verwaltungsbehörde, in Preußen also nicht über den Regierungsbezirk, hinausreichen (§§ 82, 83 Abs. 2 Ziff. 1 GewOrdg.). Danach würde das in der Nähe von Köln gelegene Unternehmen, das ja selbständig ist, nicht zur Innungskasse gehören; denn diese erstreckt sich keineswegs schlechtweg auf sämtliche Betriebe, deren Inhaber ein Innungsmitglied ist.

Bauarbeiter oder Unternehmer?

11. **Nach Köln.** Frage: Die Ausbesserungsarbeiten am Schornstein eines Kesselhauses waren in engerer Bewerbung ausgeschrieben und der Auftrag dem Mindestfordernden zu einem fest vereinbarten Preis von 1700 ℳ erteilt worden. Am ersten Tage der Arbeit verunglückte der Auftragnehmer tödlich. Da er bis zum vorhergehenden Tage in einem versicherungspflichtigen Betriebe als Arbeitnehmer beschäftigt war, zahlte die zuständige Krankenkasse das satzungsgemäße Sterbegeld und beantragte Ersatz aus der Unfallversicherung. Die Berufsgenossenschaft hat den Anspruch abgelehnt, weil der Bewerber als selbständiger Unternehmer und nicht als Arbeitnehmer oder Akkordant zu betrachten und demnach verpflichtet sei, sich selbst gegen Unfall zu versichern, sofern sein Beruf dies erfordere. Die Erhebungen haben ergeben, daß der Verunglückte beabsichtigte, sich selbständig zu machen; er hatte die zu dieser erstmaligen Arbeit erforderlichen Gerüste jedoch bei einem bekannten Baugeschäft leihweise entnommen. Ist der Standpunkt der Berufsgenossenschaft richtig?

Antwort: Nach den Angaben der Anfrage war der Verunglückte aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung und folglich aus der Mitgliedschaft bei der zuständigen Krankenkasse bereits ausgeschieden und hatte eine Bauarbeit als Unternehmer begonnen, als er den tödlichen Unfall erlitt. Daß er das zur Ausführung der Arbeit erforderliche Gerüst beschaffte — gleichviel ob im Wege des Erwerbs als Eigentum oder leihweise —, war eine Bestätigung und Betätigung seiner Absicht, die Arbeit als selbständiger Unternehmer auszuführen. Als solcher war er, wenngleich er die übernommene Arbeit selbst ausführte oder wenigstens in Angriff genommen hatte, nicht zwangsweise versichert, sondern hatte nur unter gewissen Voraussetzungen das Recht, sich selbst gegen die Folgen von Betriebsunfällen zu versichern (§§ 550, 783 Abs. 2 RVO.). Hatte er dies nicht getan, so besteht keine Leistungspflicht der Berufsgenossenschaft, weder gegenüber den Hinterbliebenen noch gegenüber der Krankenkasse, die — ohne ersichtlichen Grund — das Sterbegeld ausgezahlt hat.

Kassenmitgliedschaft erlischt nicht durch Aussteuerung.

12. **Nach Oldenburg.** Antwort: Die Mitgliedschaft erlischt nicht durch die Aussteuerung an sich. Es ist zu unterscheiden zwischen Pflichtmitgliedschaft und freiwilliger. Jene erlischt regelmäßig durch Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung. Trotz dieses Ausscheidens bleibt sie aber ausnahmsweise bestehen, wenn der Ausgeschiedene arbeitsunfähig ist und Kassenleistungen zu beanspruchen hat; allerdings erlischt sie hier, sobald die Aussteuerung stattgefunden hat. Aber der Grund für das Erlöschen ist doch das Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung, und die Aussteuerung bestimmt hier nur den Zeitpunkt des Erlöschens. Anders ist die Rechtslage bei der freiwilligen Versicherung. Sie erlischt regelmäßig durch zweimaliges Nichtzahlen der Beiträge (§ 314 RVO.). Diese brauchen nun bei Arbeitsunfähigkeit für die Dauer der Krankenhilfe nicht entrichtet zu werden. Während dieser Zeit kann also die freiwillige Versicherung wegen Nichtzahlung der Beiträge gar nicht erlöschen. Da nun Beiträge hier erst wieder nach der Aussteuerung zu entrichten sind, so erlischt die freiwillige Mitgliedschaft erst dann, wenn nach der Aussteuerung zweimal nacheinander am Zahltage die Beiträge nicht entrichtet und seit dem ersten dieser Tage mindestens vier Wochen vergangen sind (§ 314).

Keine Familienwochenhilfe neben Wochenhilfe aus § 195a RVO.

13. **Nach Köln.** Antwort: Die von uns in Heft 13 dieses Jahrganges S. 250 mitgeteilte Entscheidung des RVA. bezieht sich auf das Gesetz über Wochenhilfe in der Fassung vom 26. September 1919. Nach ihr konnten die Ansprüche auf Wochenhilfe aus § 195a und auf Familienwochenhilfe nebeneinander bestehen. Das hat sich aber durch das Gesetz vom 22. Mai 1920 geändert. Nach ihm ist Voraussetzung für die Familienwochenhilfe, daß der Wöchnerin „ein Anspruch auf Wochenhilfe nach § 195a nicht zusteht" (§ 205a Ziff. 2). Soweit ein Anspruch aus § 195a besteht, ist also jetzt ein Anspruch auf Familienwochenhilfe ausgeschlossen.

Die häufige Nichtbeachtung der Bestimmungen unseres stark in Anspruch genommenen Auskunftsdienstes erschwert den Geschäftsgang leider sehr erheblich. Wir wiederholen deshalb unsere in Heft 8 der „Arbeiter-Versorgung" S. 118 unter Ziffer 1 veröffentlichte Bitte.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Str. 12.
Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., in Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

Heft 1321 der ganzen Folge.

38. Jahrgang | 1. Juli 1921 | Heft 19

Zur Abänderung der Reichsversicherungsordnung.

Vom Wirklichen Geheimen Ober-Regierungsrat Dr. Hoffmann in Berlin-Grunewald.

I.

Der dem Reichstag zugegangene Entwurf eines Gesetzes über Änderungen in der Reichsversicherungsordnung stellt sich schon rein äußerlich als eine Abänderung der Reichsversicherungsordnung dar und unterscheidet sich dadurch von seinen zahllosen Vorgängern, bei denen grundsätzlich eine Überschrift gewählt wurde, die nicht erkennen ließ, ob es sich dabei um etwas ganz Neues oder um eine Änderung der Reichsversicherungsordnung handelte. So konnte wenigstens bei den Fernerstehenden die Vorstellung aufrechterhalten werden, daß die Reichsversicherungsordnung bis auf den heutigen Tag in der ursprünglichen Form noch gelte und sich noch nicht als abänderungsbedürftig erwiesen habe. Auch insofern nimmt der Entwurf eine besondere Stellung ein, als zum ersten Male in einem Gesetz an fast allen Büchern der Reichsversicherungsordnung Änderungen vorgenommen werden, während es sich bei den früheren Abänderungsgesetzen meist um Spezialfragen einzelner Zweige der Arbeiterversicherung handelte.

Abgesehen vom 5. Buch sind alle Bücher der Reichsversicherungsordnung in Mitleidenschaft gezogen, allerdings in ganz verschiedenem Maße. Im 6. Buch ist nur der § 1743 gestrichen. Er betrifft den Anwartschaftsbescheid, der einer Witwe, ehe sie invalide ist, auf ihren Antrag erteilt wird und die Höhe der Witwenrente sowie die der Witwe zu erteilenden Belehrung über ihre Rechte enthält. Diese Neuerung der Reichsversicherungsordnung hat sich nicht bewährt. Die Erteilung dieser Bescheide belastet die Landesversicherungsanstalt mit vermeidbarem Schreibwerk, ohne der berechtigten Witwe einen Vorteil zu bringen.

Auch im Bereich des 3. und 4. Buches der Reichsversicherungsordnung sind die Änderungen nur geringfügig. Das hat seinen Grund darin, daß erst vor kurzem durch das Gesetz betr. Änderungen der Unfallversicherung vom 11. April 1921 (RGBl. S. 467) die Leistungen der Unfallversicherung wesentlich geändert worden sind, während für die Invalidenversicherung ein besonderes Gesetz in Aussicht genommen ist, durch das die Beiträge und Leistungen dem gesunkenen Geldwert angepaßt werden sollen.

II.

Für die Unfallversicherung findet sich nur eine Änderung bei der Prämienerhebung der Versicherungsgenossenschaft der Privatfahrzeug- und Reittierbesitzer, die sich in einer ungünstigen Vermögenslage befindet, weil infolge des Krieges und seiner Nachwirkungen die Zahl der versicherten und zahlungskräftigen Fahrzeug- und Reittierhaltungen erheblich zurückgegangen ist. Die inzwischen veranlaßten Erhöhungen des Prämientarifs haben keinen nachhaltigen Erfolg gehabt, so daß nunmehr der Versuch unternommen werden soll, durch Minderung der Verwaltungskosten eine Besserung der Ver-

Digitized by Google

mögenslage zu erreichen. Bisher waren die Nachweise der verwendeten Arbeitstage und der gewährten Entgelte vierteljährlich vorzulegen, die Prämien vierteljährlich zu berechnen, die Nachweise von der Gemeindebehörde zu sammeln und durch Vermittlung des Versicherungsamts an die Genossenschaft einzureichen, die Prämien von der Gemeindebehörde gegen Hebegebühren einzuziehen und der Genossenschaft einzusenden. Alle diese Vorschriften bedeuten eine erhebliche Erschwerung und Verteuerung der Verwaltung sowie eine starke Belastung der Gemeindebehörden und der Unternehmer. Sie verursachen Widerstände, Mißstimmungen, Beschwerden und dementsprechend viel Schreibwerk und Prämienausfälle. Änderungen sind in folgenden Richtungen in Aussicht genommen: halbjährliche oder jährliche Einreichung der Nachweise unmittelbar bei der Genossenschaft, halbjährliche oder jährliche Berechnung der Prämie, Einziehung der Prämien unmittelbar durch die Genossenschaft.

III.

Bei der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung ist die Ausdehnung des Versicherungszwanges auf die Hausgewerbetreibenden ohne Rücksicht auf ihr regelmäßiges Jahreseinkommen von besonderer Wichtigkeit. Nach der Reichsversicherungsordnung, die die Rechtslage des Invalidengesetzes übernommen hatte, waren die Hausgewerbetreibenden nicht kraft Gesetzes versicherungspflichtig, vielmehr konnte der Bundesrat nur die Versicherungspflicht auf sie ausdehnen. Dies ist bisher nur geschehen hinsichtlich der Hausgewerbetreibenden der Tabakindustrie und der Textilindustrie durch die Bekanntmachungen des Reichskanzlers vom 16. Dezember 1891 (RGBl. S. 395), vom 1. März 1894 (RGBl. S. 324) und vom 9. November 1895 (RGBl. S. 452). Die Beitragserhebung für die Hausgewerbetreibenden soll die Landesversicherungsanstalt mit Zustimmung des Reichsversicherungsamts regeln. Die Einrichtung der Sammelkarten soll künftig nicht mehr der Genehmigung des Bundesrats, sondern der Genehmigung des Reichsversicherungsamts bedürfen. Auch sonst ist auf eine Entlastung des Reichsrats Bedacht genommen. So ist dem Reichsarbeitsminister die Befugnis übertragen, mit Zustimmung des Reichsrats allgemein oder in einzelnen Bezirken die Versicherungspflicht für bestimmte Berufszweige auf Gewerbetreibende und andere Betriebsunternehmer zu erstrecken, die in ihren Betrieben regelmäßig keinen oder höchstens einen Versicherungspflichtigen beschäftigen (§ 1229 RVO.) und die Beitragserhebung für diese und für die Deutschen, die bei einer amtlichen Vertretung des Reichs oder eines Landes im Ausland oder bei deren Leitern oder Mitgliedern beschäftigt sind (§ 1228 RVO.), zu regeln (§ 1436 RVO.). Bemerkenswert ist die Neuerung, daß das Einzugsverfahren künftig nur mit Zustimmung der Versicherungsanstalt eingeführt werden und durch die oberste Verwaltungsbehörde zu jeder Zeit wieder aufgehoben werden kann. Durch die Minderung des Geldwertes sind die Kosten des Einziehungsverfahrens gewaltig gestiegen, so daß vielfach ein erheblicher Teil, vereinzelt fast die Hälfte der Einnahmen an Beiträgen durch die Verwaltungskosten aufgezehrt wird. Die Landesversicherungsanstalten haben im Hinblick auf ihre schlechte Finanzlage den begreiflichen Wunsch, diese Ausgaben, die in keinem Verhältnis zu dem Nutzen des Einziehungsverfahrens stehen, möglichst niedrig zu halten. Soweit nicht gleich beim Inkrafttreten der Invaliden- und Altersversicherung das Einziehungsverfahren durch die obersten Verwaltungsbehörden eingeführt worden ist, haben die Landesversicherungsanstalten seiner weiteren Verbreitung grundsätzlich Widerstand entgegengesetzt, der aber, da die Anstalten nur gehört zu werden brauchen, keinen Erfolg haben konnte. Ständig treten Meinungsverschiedenheiten zwischen Landesversicherungsanstalten und Krankenkassen über die Höhe der Vergütungen hervor. Die Krankenkassen behaupten,

Digitized by Google

daß ihnen mit den Vergütungen nur ein geringer Bruchteil ihrer tatsächlichen Auslagen ersetzt werde, während sich die Landesversicherungsanstalten aufs heftigste gegen eine weitere Steigerung der Vergütung sträuben. Sie drohen damit, daß bei einer etwaigen Erhöhung der Vergütung eine Einschränkung des Heilverfahrens eintreten müsse. Bei Abwägung dieser Einwendungen der Versicherungsanstalten darf allerdings nicht übersehen werden, daß das Einziehungsverfahren nur für ständig beschäftigte Versicherte eingeführt werden kann und daß Beitragshinterziehungen hauptsächlich bei unständig Beschäftigten vorkommen. Auch bei ständig Beschäftigten können Unzuträglichkeiten dadurch entstehen, daß der Versicherte, der die Quittungskarte hinterlegen muß, beim Wegzug die Abholung der Karten vergißt. Letzten Endes bedeutet das Einziehungsverfahren nichts weiter als eine Bequemlichkeit für die Arbeitgeber.

IV.

Im 1. Buch sind zunächst Änderungen vorgesehen, die mit der in Aussicht genommenen Krankenversicherung und Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung des Hausgewerbes im Zusammenhang stehen.

Der durch das Gesetz, betr. Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen vom 4. August 1914 (RGBl. S. 337) aufgehobene § 466 Abs. 1 schrieb vor, daß Hausgewerbetreibende ohne Rücksicht auf den Betriebssitz ihrer Auftraggeber bei der Landkrankenkasse versichert werden sollten, in deren Bezirk sie ihre eigene Betriebsstätte haben. Diese Vorschrift wird insofern beibehalten, als auch weiterhin für die Versicherung der eigene Betriebssitz des Hausgewerbetreibenden maßgebend sein soll. Zugleich ist die Vorschrift, die für alle Zweige der Versicherung gleichmäßig gilt, aus dem 2. Buch in die gemeinsamen Vorschriften des 1. Buches übernommen worden. Der Begriff des Hausgewerbetreibenden soll in § 162 so festgelegt werden, wie er bereits durch § 2 der Bekanntmachung vom 28. Januar 1915 (RGBl. S. 49) bestimmt worden ist. Danach sollen als Hausgewerbetreibende auch diejenigen Personen angesehen werden, welche in gleicher Weise wie Hausgewerbetreibende, aber nicht für andere Gewerbetreibende tätig sind, sondern im Auftrage und für Rechnung des Reichs, eines Landes, eines Gemeindeverbandes, einer Gemeinde, anderer öffentlicher Verbände oder öffentlicher Körperschaften oder von Wohltätigkeitsveranstaltungen arbeiten. Ferner werden die Begriffe „Arbeitgeber des Hausgewerbetreibenden" und „Auftraggeber des Hausgewerbetreibenden" festgelegt. Arbeitgeber des Hausgewerbetreibenden ist, wer die Arbeit unmittelbar an ihn vergibt, während als Auftraggeber derjenige gilt, in dessen Auftrag und für dessen Rechnung der Hausgewerbetreibende arbeitet.

Vorgesehen ist auch eine Änderung der Vorschriften über den Beschäftigungsort. Nach § 153 Abs. 2 gilt für Versicherte, die an einer festen Arbeitsstätte beschäftigt werden, diese als Beschäftigungsort, auch während sie außerhalb für den Arbeitgeber einzelne Arbeiten von geringer Dauer verrichten. Bei Anwendung dieser Vorschriften auf Bauten sind Unzuträglichkeiten hervorgetreten. Nach der Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 22. November 1919 (Amtl. Nachr. 1920 S. 180) findet diese Vorschrift auf Bauten, die längere Zeit dauern, keine Anwendung, da diese als feste Betriebsstätten im Sinne des § 153 Abs. 1 anzusehen sind, so daß die Arbeiter bei der Ortskrankenkasse versichert werden müssen, in deren Bezirk der Bau gelegen ist. Durch die Änderung soll diese angeblich unrichtige Auslegung verhindert werden, indem das entscheidende Gewicht auf die Beschäftigungsdauer des einzelnen Arbeiters gelegt wird, um zu verhindern, daß Arbeiter, die nur für kurze Zeit auf dem Bau tätig sind, die Kassenzugehörigkeit wechseln. Wie ich bereits im Jahrgang 1918 S. 581 dieser Zeitschrift „Zur Kassenzugehörigkeit der Bauarbeiter" nachzuweisen versucht habe, werden

Digitized by Google

durch diese Änderung nur vereinzelte Mißstände beseitigt und vielleicht neue hervorgerufen. Eine zutreffende Rechtslage wird auf diesem Wege für die bei Bauten beschäftigten Personen nicht erreicht, weil der Kern der Streitfrage nicht berührt wird. Von besonderer Wichtigkeit ist die Neuerung, daß nunmehr auch Frauen zu Mitgliedern der Spruchbehörden (Versicherungsamt, Oberversicherungsamt, Reichsversicherungsamt) wählbar sind. Zu Mitgliedern der Organe der Versicherungsträger konnten sie von jeher gewählt werden.

V.

Der Schwerpunkt der Änderungen liegt auf dem Gebiete des 2. Buches der Reichsversicherungsordnung, der Krankenversicherung. Hier handelt es sich in erster Linie um die Wiedereinführung des gesetzlichen Versicherungszwanges für das Hausgewerbe. Unter der Herrschaft des Krankenversicherungsgesetzes konnten Hausgewerbetreibende nur durch Ortsstatut dem Versicherungszwang unterworfen werden. Maßgebend dafür war die Erwägung, daß die wirtschaftliche Lage dieser Klasse der gewerblichen Bevölkerung nach Bezirken und Industriezweigen so mannigfaltig sei, daß die Frage, ob ein Zwang zur Krankenversicherung geboten erscheine, nur örtlich entschieden und auch die zur Durchführung des Zwanges erforderliche Organisation nur durch spezielle, den örtlichen Verhältnissen angepaßte Vorschriften hergestellt werden könne. Obwohl der Versuch, der weiteren Verbreitung der Krankenversicherung des Hausgewerbes dadurch Vorschub zu leisten, daß dem Bundesrat die Befugnis zur Einführung des Versicherungszwanges gegeben wurde, völlig scheiterte, indem sich die Novelle zum Krankenversicherungsgesetz vom 30. Juni 1900 (RGBl. S. 337) als untauglich und undurchführbar herausstellte, nahm der Entwurf der Reichsversicherungsordnung den Standpunkt ein, daß trotz aller Schwierigkeiten der gesetzliche Versicherungszwang durchgeführt werden müsse. Zu dem Zweck war ein Beitragssystem erdacht, das die Auftraggeber und Krankenkassen mit endlosem Schreibwerk belastete. Schon der Reichstag hatte wenig Vertrauen zur Durchführbarkeit der Vorschläge und versuchte auf Drängen der Beteiligten die Wirkung der Neuerung dadurch abzuschwächen, daß er im § 488 RVO. die Aufrechterhaltung der bisherigen Ortsstatute über die Krankenversicherung der Hausgewerbtreibenden sicherte. Damit wurde ereicht, daß für weite örtliche Bezirke die bisherige Ausgestaltung der Versicherung und die damit gemachten langjährigen Erfahrungen verwertet werden konnten. Im übrigen erwies sich die Durchführung des Beitragssystems naturgemäß als völlig unmöglich. In dem Kriegsausbruch wurde die willkommene Gelegenheit gefunden, um die einschlägigen Vorschriften der Reichsversicherungsordnung sofort außer Kraft zu setzen und den Zustand unter der Herrschaft des Krankenversicherungsgesetzes, also die ortsstatutarische Regelung, wieder herzustellen (s. § 3 des Gesetzes, betr. Sicherung der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen vom 4. August 1914 (RGBl. S. 337).

Bei Einführung des gesetzlichen Versicherungszwanges soll die nähere Durchführung der Versicherung den Ortsstatuten der Gemeinde- oder Kommunalverbände, an deren Stelle mit Zustimmung des Oberversicherungsamts die allgemeinen Ortskrankenkassen oder besondere Ortskrankenkassen die Regelung übernehmen können, überlassen werden. Ist binnen 6 Monaten ein Statut nicht erlassen oder die Regelung in der Satzung nicht bewirkt, so ordnet die oberste Verwaltungsbehörde oder die von ihr beauftragte Behörde das Nähere an.

Für die Versicherung gelten im allgemeinen die Regelvorschriften. Zuständig für die Versicherung ist die allgemeine Ortskrankenkasse oder die besondere Ortskrankenkasse, in deren Bezirk der Betriebssitz des Hausgewerbtreibenden liegt. Die Meldepflicht obliegt dem Hausgewerbtreibenden für seine Beschäftigten, für den Hausgewerbtreibenden selbst dem Arbeitgeber, doch kann

Digitized by Google

das Statut auch anders bestimmen. Die Beiträge sind von den Hausgewerbtreibenden und ihrem Arbeitgeber aufzubringen. Abweichungen von der Drittelung der Beiträge und von den allgemeinen Vorschriften über Beitragserhebung kann das Statut vorsehen, auch kann der Auftraggeber für die Beiträge haftbar gemacht werden. Für die Zeit, in der die Hausgewerbtreibenden für eigene Rechnung arbeiten, haben sie die Beiträge für ihre Person selbst zu zahlen. Durch das Statut oder durch die Kassensatzung kann den Auftraggebern die Verpflichtung zur Zahlung von Zuschüssen bis zu 1 v. H. des Entgelts für die vom Hausgewerbtreibenden gelieferten Arbeitserzeugnisse auferlegt werden. Die Leistungen sind die Regelleistungen der Krankenversicherung. Für Bezirke, in denen der Grundlohn für die Hausgewerbtreibenden durchschnittlich niedriger ist als der Ortslohn, kann das Statut diesen als Grundlohn festsetzen. Auf dem gleichen Wege kann bestimmt werden, daß Hausgewerbtreibende, deren Entgelt geringer ist als der halbe Grundlohn der niedrigsten Lohnstufe bei ihrer Kasse, nur die Leistungen der Krankenpflege und Wochenhilfe sowie ein Sterbegeld erhalten. Für Bezirke, in denen die Hausgewerbtreibenden die Beiträge nicht leisten können, kann der Kommunalverband die Beitragsanteile der Hausgewerbtreibenden übernehmen. Die oberste Verwaltungsbehörde kann dies anordnen.

Bestehende statutarische Bestimmungen bleiben aufrechterhalten, soweit sie den Vorschriften des Gesetzes genügen oder innerhalb 6 Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes geändert und genehmigt werden. Damit ist die Gesetzgebung in der Hauptsache wieder auf den Standpunkt zurückgekehrt, der in der Begründung zum Krankenversicherungsgesetz als der einzig mögliche bezeichnet ist.

VI.

Die Anwendung des jetzigen Grundsatzes der Krankenversicherung, daß für die Bemessung der Beiträge und Leistungen der Arbeitstag des Versicherten und der für diesen bezogene Arbeitsentgelt maßgebend sein soll, hat zu manchen Unzuträglichkeiten geführt. Es mag nur an die bekannte Streitfrage erinnert werden, ob Beiträge nur für Arbeitstage erhoben werden dürfen. Durch den Gesetzentwurf wird der Begriff des Arbeitstages abgeschafft und durch den Begriff des Kalendertages ersetzt. Damit erhalten unter Wegfall aller Sondervorschriften für Sonn- und Feiertage die Versicherten die baren Kassenleistungen gleichmäßig für jeden Kalendertag, wie dies schon hinsichtlich der Leistungen der Wochenhilfe und der Krankenpflege der Fall ist. Dementsprechend sollen die Beiträge nicht nach dem Entgelt des einzelnen Arbeitstages sondern nach dem Teil des Arbeitsentgelts abgestuft werden, der innerhalb des jeweiligen Lohnzahlungsabschnitts durchschnittlich auf den Kalendertag entfällt. Der Gleichmäßigkeit und Einfachheit halber sind dabei die Woche mit 7, der Monat mit 30 und das Jahr mit 360 Tagen angesetzt. Soweit die Versicherten schon jetzt an Sonn- und Feiertagen arbeiten und Kassenleistungen erhalten, ändert sich für sie nichts. Soweit dies nicht der Fall ist, wird zwar ebenfalls die auf den Tag entfallende Kassenleistung kleiner, der Ausfall wird aber regelmäßig dadurch ausgeglichen, daß die Kassenleistungen auch für Sonn- und Festtage fällig werden. Wer beispielsweise jetzt an jedem der 6 Wochentage 14 M. verdient, erhält bei dem entsprechenden Grundlohn an jedem Wochentage 7 M. Krankengeld, in der Woche mithin 42 M. Bei der vorgeschlagenen Änderung erhält er an allen Tagen der Woche $7 \times 6 : 7 = 6$ M. für die Woche, mithin ebenfalls 42 M. Kleine Unterschiede ergeben sich allerdings danach, ob mehr oder weniger Sonntage in die Krankheitszeit fallen.

Nach § 180 RVO. wird der Grundlohn nach dem durchschnittlichen Tagesentgelt oder nach dem wirklichen Arbeitsverdienst der Kassenmitglieder ermittelt. Bei dem durchschnittlichen Tagesentgelt wird zwischen Lohnklassen und Lohnstufen unter-

Digitized by Google

schieden. Während für die Lohnklassen die Versicherten klassenweise eingeteilt werden, wird bei Bildung der Lohnstufen die verschiedene Lohnhöhe der Versicherten berücksichtigt. Nach dem Entwurf sollen nur die Lohnstufen beibehalten werden. Die Bemessung des Grundlohns nach Mitgliederklassen sei im allgemeinen veraltet und namentlich für größere Kassen mit zahlreichen Mitgliedergruppen wenig geeignet. Die Berechnung nach dem wirklichen Arbeitsverdienst jedes einzelnen bewirke eine Geschäftsbelastung der Kasse durch die Notwendigkeit der zahlenmäßigen Feststellung für jeden Einzelfall. Diese falle bei Ordnung nach Lohnstufen weg, die den wirklichen Arbeitsverdienst in angemessene Gruppen zusammenfaßten. Hinsichtlich der Anrechnungsfähigkeit des Entgelts bei Feststellung der Grundlöhne ist an der Rechtslage nichts geändert, die durch die Verordnung über Aufhebung der Verordnung vom 1. April 1920 (RGBl. S. 433) über Heraufsetzung des Grundlohns und Ausdehnung der Versicherungspflicht vom 30. April 1920 (RGBl. S. 769) herbeigeführt worden ist.

VII.

Von sonstigen Einzelheiten sind als bemerkenswert hervorzuheben:

1. Die Änderungen, welche hinsichtlich der Versicherung der landwirtschaftlich Beschäftigten und der Dienstboten vorgesehen sind. Die Möglichkeit der Befreiung landwirtschaftlich Beschäftigter und Dienstboten ist bereits durch die Verordnung über Krankenhilfe, Krankenversicherung vom 3. Februar 1919 (RGBl. S. 191) außer Anwendung gesetzt. Sie soll jetzt ausdrücklich aufgehoben werden. Die Landkrankenkassen verlieren die Möglichkeit, durch ihre Satzung Rentenempfängern den Bezug des Krankengeldes vorzuenthalten und für dauernd nur zu einem geringen Teil Arbeitsfähige den Grundlohn niedriger als den Ortslohn festzusetzen. Auch die Herabsetzung des Krankengeldes für die Wintermonate soll den Landkrankenkassen künftig nicht mehr gestattet sein. Nach § 440 RVO. sind versicherungsfrei Dienstboten, die bei einer landesrechtlichen Dienstbotenkasse versichert sind. Nach der Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 29. Mai 1916 (AmtlNachr. S. 577) gilt diese Zeit der Mitgliedschaft nicht als Zeit der Versicherung im Sinne der Vorschrift, so daß sie bei Berechnung der Versicherungsdauer für Wöchnerinnen, die die Leistungen der Wochenhilfe beanspruchen, nicht berücksichtigt werden kann. Dieser Nachteil soll beseitigt und die Zeit allgemein als Zeit der Versicherung gerechnet werden. Die Folge davon ist, daß diese Zeit nicht nur bei der Wochenhilfe, sondern bei Anwendung aller Vorschriften berücksichtigt wird, welche für die Ausübung eines Rechts oder für die Geltendmachung eines Anspruchs die Zurücklegung einer bestimmten Versicherungsdauer verlangen. Demnach werden die Dienstbotenkassen auch bei Verteilung der Leistungen der Wochenhilfe (§ 197) mit den Krankenkassen gleich behandelt.

2. Versicherungsfrei sollen Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissinnen, Schwestern vom Roten Kreuz, Schulschwestern und ähnliche Personen, wenn sie sich aus überwiegend religiösen oder sittlichen Beweggründen mit Krankenpflege, Unterricht oder anderen gemeinnützigen Tätigkeiten beschäftigen, auch dann sein, wenn sie neben dem freien Unterhalt ein geringes Entgelt beziehen, das nur zur Beschaffung der unmittelbaren Lebensbedürfnisse an Wohnung, Verpflegung, Kleidung und dgl. ausreicht.

3. Die Kapitulanten im Sinne des Kapitulanten-Entschädigungsgesetzes vom 13. September 1919 (RGBl. S. 1659), die mit Rücksicht auf die Verminderung der Wehrmacht aus dem aktiven Dienste ausgeschieden sind, können sich freiwillig versichern, solange sie die im § 4 jenes Gesetzes bezeichneten Beträge oder statt dessen nach § 12 a. a. O. militärische Versorgungsgebührnisse erhalten.

4. Die Gleichwertigkeit der Leistungen wird nach § 3 der Bekannt-

Digitized by Google

machung über Krankenversicherung und Wochenhilfe während des Krieges vom 28. Januar 1915 (RGBl. S. 49) nur für neuerrichtete, nicht aber bei bestehenden Kassen geprüft. Dieser Zustand soll bis zum 31. Dezember 1922 verlängert werden. Von da ab greifen also die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung Platz, nach denen alle besonderen Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen und Innungskrankenkassen ihre Leistungen auf die Höhe der Leistungen der zuständigen allgemeinen Ortskrankenkasse bringen müssen, soweit nicht der Reichsarbeitsminister von der ihm übertragenen Befugnis, den Zeitpunkt weiter hinauszuschieben, Gebrauch macht.

5. Den Krankenkassen ist nach der Reichsversicherungsordnung die Verwendung von Kassenmitteln nur für allgemeine Zwecke der Krankheitsverhütung gestattet. Sie sollen nunmehr auch vorbehaltlich der Zustimmung des Oberversicherungsamts Maßnahmen zur Verhütung der Erkrankung der einzelnen Kassenmitglieder ergreifen und dafür Mittel aufwenden können.

6. Die Zeit der Dienstleistung bei der Reichswehr und die daran anschließende Zeit der Erwerbslosigkeit bis zur Dauer von sechs Wochen soll nicht zum Nachteil des aus der Versicherung ausscheidenden Versicherten angerechnet werden, soweit der Erwerb eines Rechtes aus der Versicherung von der Zurücklegung einer Wartezeit oder einer bestimmten Versicherungsdauer abhängt.

7. Den sich Weiterversichernden, welche in eine niedere Lohnklasse oder Lohnstufe übergetreten sind, wird der Rücktritt in eine höhere Lohnklasse, höchstens aber in die Lohnklasse, der sie beim Ausscheiden angehört haben, gestattet, wenn sie dies binnen sechs Wochen nach dem Inkrafttreten des Gesetzes beim Kassenvorstand beantragen.

8. Nach § 317 Abs. 3 RVO. kann die Kasse mit Verwaltungen von Reichs- und Staatsbetrieben Abweichendes über die Meldungen vereinbaren. Diese abweichende Regelung wird auch auf Gemeindebetriebe und auf Unternehmer von Binnenschiffahrtsbetrieben für anwendbar erklärt. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, so kann das Versicherungsamt auf Antrag die Meldefrist bis auf 14 Tage verlängern.

9. Es verbleibt bei der durch § 2 der Bekanntmachung vom 17. März 1918 (RGBl. S. 129) eingeführten Vereinfachung, wonach jedes Kassenmitglied an Stelle eines Abdrucks der ganzen Satzung nur einen Auszug mit den wichtigsten Bestimmungen erhält.

10. Nach dem Krankenversicherungsgesetz hatten Mitglieder der Betriebskrankenkassen, die sich weiter versicherten, aktives und passives Wahlrecht, solange sie im Betriebe tätig waren. Durch § 340 RVO. wurde hierin ohne Grund eine Verschlechterung eingeführt, indem den sich weiter versichernden Mitgliedern das Wahlrecht bei der Betriebskrankenkasse überhaupt entzogen wurde. Durch den Entwurf soll die frühere Rechtslage des Krankenversicherungsgesetzes wieder hergestellt werden.

11. Nach § 397 Abs. 1 RVO. müssen die Beiträge bis zur vorschriftsmäßigen Abmeldung fortgezahlt werden. In der grundsätzlichen Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 9. Januar 1915 (Amtl. Nachr. S. 520) ist die Vorschrift dahin ausgelegt worden, daß unter allen Umständen die Beiträge auch bei rechtzeitiger Abmeldung bis zum Tage der Abmeldung und nicht etwa nur bis zum Ende des Beschäftigungsverhältnisses fortgezahlt werden müssen. Ferner hat das Reichsversicherungsamt angenommen, daß bei unterlassener Abmeldung die Beiträge nicht nur für die Dauer des Beschäftigungsverhältnisses, sondern bis zum Tage der nachträglichen Abmeldung fortgezahlt werden müssen; zu vgl. RVA. Entscheidung vom 23. Juni 1917 (Amtl. Nachr. S. 552). Der § 397 Abs. 1 soll eine andere Fassung erhalten; danach sind die Beiträge bei rechtzeitiger Abmeldung nur bis zum Tage des Ausscheidens aus der Beschäftigung, im übrigen bis zur vorschrifts-

Digitized by Google

mäßigen Abmeldung, zu zahlen. Weiter soll der Kassenvorstand ermächtigt werden, auf die Fortzahlung der Beiträge über das Ausscheiden aus der Beschäftigung hinaus zu verzichten. Lehnt er dies ab, so kann das Versicherungsamt den Verpflichteten auf Antrag von der Fortzahlung ganz oder teilweise endgültig entbinden, wenn die Verspätung oder Unterlassung der Abmeldung nicht auf Vorsatz oder grobem Verschulden beruht.

12. Nach § 404 Abs. 4 RVO. kann die Gemeindeaufsichtsbehörde die geschäftsleitenden Beamten nach Anhören der Kasse als Vollstreckungsbeamte bestellen. Diese Fassung ließ zunächst nicht erkennen, ob die geschäftsleitenden Beamten zu Vollstreckungsbehörden oder zu Vollziehungsbeamten bestellt werden sollten. Infolge Aufhebung der Möglichkeit der Verleihung der Rechte und Pflichten der gemeindlichen oder staatlichen Beamten an Kassenbeamte gemäß § 359 Abs. 4 RVO. ist damit zu rechnen, daß trotz der Erhaltung dieser Rechte und Pflichten in beschränktem Umfange auf Grund des Gesetzes vom 28. Juni 1919 (RGBl. S. 615) mit der Zeit die Durchführbarkeit der Vorschrift in Frage gestellt werden würde, weil es schließlich Kassenbeamte, denen die Rechte und Pflichten der staatlichen oder gemeindlichen Beamten verliehen sind, nicht mehr gibt. Diese Erwägungen haben dazu geführt, für den § 404 Abs. 4 RVO. eine andere Fassung vorzuschlagen. Danach soll die oberste Verwaltungsbehörde bestimmen können, daß das Versicherungsamt nach Anhören der Kasse die geschäftsleitenden Angestellten als Vollstreckungsbeamte und sonstige Angestellte der Kasse als Vollziehungsbeamte bestellen darf.

Die Übertragung der Vollstreckungshandlungen, die einen erheblichen Eingriff in das Eigentum darstellen, an nicht beamtete Kassenangestellte wird so lange bedenklich erscheinen müssen, als nicht die Strafvorschriften über Verbrechen und Vergehen im Amte auf diese Personen anwendbar sind. Ohne eine besondere Vorschrift ist das aber nicht zu erreichen, denn als Beamte im Sinne des Strafgesetzbuchs gelten nach § 359 StGB. nur die im Dienst des Reiches oder im unmittelbaren oder mittelbaren Dienste eines Bundesstaates angestellten Personen, ohne Unterschied, ob sie einen Diensteid geleistet haben oder nicht. Dazu gehören aber, wie u. a. die Fassung des § 169 RVO. erkennen läßt, die Beamten der Versicherungsträger jedenfalls so lange nicht, als ihnen nicht die Rechte und Pflichten der staatlichen oder gemeindlichen Beamten verliehen sind. Die Notwendigkeit, im Disziplinarverfahren Vollstreckungsbeamte, die ihre Pflichten verletzen, zwangsweise aus ihrer Stellung zu entfernen oder sonst zu bestrafen, ist allerdings durch den § 358 RVO. genügend sichergestellt, denn das Versicherungsamt kann den Vorstand oder den Vorsitzenden des Vorstandes, wenn er beim Vorliegen eines wichtigen Grundes von dem Entlassungs- oder Kündigungsrecht gegenüber einem Angestellten keinen Gebrauch macht, anhalten, das Weitere zu veranlassen.

13. Die Verordnung vom 3. Februar 1919 (RGBl. S. 191) hatte den § 518 RVO. aufgehoben, nach welchem der Bundesrat den Ersatzkassen unter gewissen Voraussetzungen das Recht auf ⅘ der für ihre Mitglieder bei den Krankenkassen eingehenden Arbeitgeberbeiträge zusprechen konnte. Nachdem durch das Gesetz vom 28. Juni 1919 (RGBl. S. 615) die einschlägige Vorschrift eine andere Fassung erhalten hat, ist es zweifelhaft geworden, ob der § 518 mit den aus diesem Gesetz sich ergebenden Änderungen hat wieder aufleben sollen, ob mit anderen Worten sich die Regelung auf Ersatzkassen bezieht, denen die erwähnte Vergünstigung schon vor Erlaß der Verordnung vom 3. Februar 1919 erteilt worden war, oder ob der Reichsrat die Vergünstigung auch ferner noch erteilen darf. Zur Behebung dieser Zweifelsfrage soll der § 13 der Verordnung vom 3. Februar 1919 folgende Fassung erhalten:

„Der § 518 fällt weg. Besteht der Mitgliederkreis einer Ersatzkasse überwiegend

Digitized by Google

aus Versicherten der im § 165 Abs. 1 Nr. 3 bis 5 bezeichneten Art, oder aus Büroangestellten oder Zieglern oder anderen Versicherten, in deren Beruf ein häufiger Wechsel der Beschäftigung von Ort zu Ort üblich ist, so kann der Reichsrat auf Antrag dieser Ersatzkasse widerruflich anordnen, daß für sie die Vorschrift des § 517 Abs. 2 RVO. nicht anzuwenden ist. Er kann hierüber und über die Bekanntgabe näheres bestimmen.

Ersatzkassen, für die eine solche Anordnung oder auf Grund des § 518 RVO. eine Anordnung über die Abführung von Beitragsteilen der Arbeitgeber erlassen worden ist, haben für versicherungspflichtige Mitglieder, deren Rechte und Pflichten bei der Krankenkasse nach § 517 Abs. 1 RVO. ruhen, Anspruch auf den vollen Beitragsteil des Arbeitgebers. Der Arbeitgeber hat den Beitragsteil statt an die Krankenkasse unmittelbar an die Ersatzkasse einzuzahlen."

14. Die Einrichtung der sogenannten erweiterten Krankenpflege, wie sie in den §§ 426 bis 433 RVO. geregelt ist, hat die ausschließliche Gewährung der Krankenhauspflege an arbeitsunfähige, landwirtschaftlich Beschäftigte zum Gegenstande. Sie kann nur durch die Satzung der Landkrankenkassen eingeführt werden. Darüber, in welchem Umfange die Landkrankenkassen von dieser Neuerung den Gebrauch gemacht haben, ist in Ermangelung einer ausreichenden Statistik ein Überblick nicht zu gewinnen. In Preußen haben nur zwei Krankenkassen die erweiterte Krankenpflege eingeführt und vielleicht inzwischen schon wieder abgeschafft. Da in weiten Bezirken Deutschlands Landkrankenkassen durch die Landesgesetzgebung ausgeschlossen sind, so fehlt auch hier die erweiterte Krankenpflege völlig. Das ist namentlich für Württemberg bemerkenswert, da die württembergische Krankenpflegeversicherung das Vorbild für die erweiterte Krankenpflege der Reichsversicherungsordnung abgegeben hat. Offenbar besteht die Absicht, die ganze Einrichtung verschwinden zu lassen; vorläufig wird aber nur vorgeschrieben, daß die erweiterte Krankenpflege nicht mehr eingeführt werden kann.

VIII.

Nach der äußeren Fassung des Gesetzentwurfs sollte angenommen werden, daß mit den vorliegenden Abänderungsvorschlägen alle Wünsche nach einer Änderung des zweiten Buches der Krankenversicherung bis zu dem Zeitpunkte erledigt werden würden, der für die Inangriffnahme des erwähnten großen Umbaus der Arbeiterversicherung in Aussicht genommen ist. Leider trifft diese Annahme nicht zu, denn es stehen noch mehrere Abänderungsentwürfe für das zweite Buch in Aussicht; so ein Gesetzentwurf über die Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen und ein Gesetzentwurf, durch den die Frage klargestellt werden soll, ob und wie weit die Vorschriften des sogenannten Sperrgesetzes vom 21. Dezember 1920 (RGBl. S. 2117) und der Verordnung über Tarifverträge vom 23. Dezember 1918 (RGBl. S. 1456) auf die Krankenkassen Anwendung finden.

Die alten und die neuen Unfallrenten.

Von Dr. J. Mühlenfeld in Wilhelmshaven.

Nachdem durch das Gesetz vom 11. 4. 21 in der Unfallversicherung für das Jahr 1921 die Zulagen verdoppelt sind und die Drittelungsgrenze neu festgesetzt worden ist, wäre eine Zusammenstellung der jetzigen Bezüge der Unfallrenten aus Vor- und Nachkriegsjahren zum Vergleich der Höhe angebracht.

Den beiden nachfolgenden Tabellen sind die Durchschnittsverdienste eines größeren Werkes zugrunde gelegt.

Digitized by Google

I. Verletztenrenten gelernter Arbeiter.

	Der Unfall ereignete sich								
	1897	1901	1913	Dezbr. 1918	Dezbr. 1919	Januar 1920	Januar 1921	Mitte 1921	
Jahresverdienst . . .	1341	1374	1833	3726	5760	5760	10 800	17 520	
Vollrente	2504	2198	2890	2930	3744	3840	6 933	8 462	einschließlich Zulagen.
66 vH.	1668	1464	1823	1966	2494	2560	4 622	5 642	
50 vH.	1252	1099	1445	1465	1872	1920	3 466	4 231	
33 vH.	298	305	400	546	693	1280	2 311	2 821	
10 vH.	89	91	120	163	208	384	693	846	

II. Hinterbliebenenrenten ungelernter Arbeiter.

	Der Unfall ereignete sich								
	1897	1901	1913	Dezbr. 1918	Dezbr. 1919	Januar 1920	Januar 1921	Mitte 1921	
Jahresverdienst . . .	1038	1062	1423	3327	5040	5040	10 320	13 920	
1/5	458	382	513	647	806	1008	2 048	2 288	einschließlich Zulagen.
3/5	—	—	1539	1940	2419	3024	6 150	6 864	

Die Tabellen zeigen die großen Ungleichheiten zwischen den Bezügen der Vorkriegsrentner und der Neurentner. Die Schroffheiten der Festsetzung eines Stichtages für die Zulageabstufung lassen sich allerdings nicht ganz vermeiden, und es ergibt sich aus den Tabellen, daß die Renten Schwerverletzter mit Unfällen bis Kriegsende nicht allzu große Verschiedenheiten aufweisen, wenn auch die Spannung um die Jahrhundertwende (140 v.H. Zulage nach, 180 v. H. vor 1900) auffällt. Auch die Festsetzung eines Stichtages für den Beginn der neuen Drittelungsgrenzenrechnung bedeutet bei Unfällen kurz vor und kurz nach diesem Datum (Dezember 1919, Januar 1920) für Schwerverletzte nicht viel, wohl aber für Hinterbliebene, die geringere, und für Leichtverletzte, die gar keine Zulagen erhalten. Ein äußerst krasser Unterschied tritt aber in Erscheinung, wenn man die Renten nach dem Durchschnittsverdienst von 1920 oder nach dem jetzigen Durchschnittsverdienst berechnet. Hier steigen die Renten auf das Doppelte der Renten von 1919 und auf fast das Dreifache der Vorkriegsrenten.

Stellt nun eine Vollrente nach dem heutigen Durchschnittsverdienst trotz der der wirklichen Geldentwertung nicht entsprechenden neuen Drittelungsgrenze für eine kleine Familienkopfzahl ein wenn auch notdürftiges Existenzminimum dar, so kann doch bei 240 ℳ (1913) monatlicher Vollrente von Auskömmlichkeit nicht mehr die Rede sein. Diese Rente entspricht einer 30prozentigen nach dem heutigen Verdienst.

Die kleinen Renten der Leichtverletzten aus der Vorkriegszeit sind ganz bedeutungslos geworden, während die heutigen doch einen nennenswerten Betrag ausmachen. Besteht hier auch eine Milderung der Härten insofern, als die Leichtverletzten in sehr vielen Fällen vollen Lohn verdienen oder doch erhalten, so darf dennoch eine Aufbesserung der kleinen Vorkriegsrenten nicht auf die lange Bank geschoben werden.

Durch die gesetzliche Festlegung der neuen Drittelungsgrenze wird die Geldentwertung als Dauerzustand anerkannt. Die niedrige Veranschlagung von 10 200 ℳ trägt der etwa noch zu erwartenden Besserung der Geldverhältnisse aber hinreichend Rechnung. Es müßte also als selbstverständlich erwartet werden, daß die Zulagen für die älteren Rentner baldmöglichst so gestaltet werden, daß sie sich dem heutigen Geldwert, soweit er als Dauerwert angesprochen werden kann, anpassen (etwa zwischen dem 8fachen und dem 12fachen des Nominalfriedenswertes). Das ist wohl die nächste und dringendste Auf-

Digitized by Google

gabe auf diesem Gebiet, wenigstens soweit es diejenigen Unfallrentner betrifft, die ganz oder überwiegend auf die Rente angewiesen sind.

Dabei kann immer noch der Neugestaltung der Reichsversicherungsordnung auch eine durchgreifende Änderung der Verhältnisse der alten Rentner vorbehalten bleiben, z. B. — um aus den Vorschlägen nur etwas herauszugreifen — durch selbsttätiges Parallellaufen der Renten mit den Löhnen oder durch feste Renten und veränderliche Zuschläge. Jedenfalls ist bis auf weiteres die Frage des veränderlichen Geldwertes bei allen Berechnungen und Bestimmungen im Auge zu behalten, da die endgültige Stabilisierung unserer Valutaverhältnisse wohl auf Jahre hinaus infolge der Kriegsentschädigungszahlungen eine schwer lösbare Aufgabe bleiben dürfte.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Grundsätzliche Entscheidungen (Bescheide, Mitteilungen) des Reichsversicherungsamts.

(Nr. 4 und 5/6 der **Amtl. Nachr.** vom 24. April und 1. Juni 1921.)

I. Unfallversicherung.

Die nach §§ 1, 2 Vrdg. v. 5. 5. 20 (RGBl. S. 878, ArbVers. S. 293) den Empfängern von Hilflosenrenten zu gewährenden Zulagen sind vom Betrage des erhöhten Jahresarbeitsverdienstes, d. h. der tatsächlich gezahlten laufenden Rente, nicht vom Betrage der Vollrente zu berechnen (3060 S. 258).

Auf Grund des § 1 Vrdg. v. 5. 5. 20 (RGBl. S. 878, ArbVers. S. 293) ist Verletzten, die eine Unfallrente von 50 v. H. oder mehr der Vollrente und daneben eine Unfallrente von weniger als 50 v. H. beziehen, die Zulage auch zu der letzteren zu gewähren (3061 S. 258).

Beim Übergang eines einzelnen Betriebes auf eine andere Genossenschaft nach § 673 RVO. kann die übernehmende Genossenschaft außer dem entsprechenden Teile der Rücklage der abgebenden Genossenschaft nicht einen Teil der Abfindungssumme beanspruchen, welche die abgebende Genossenschaft von einem ersatzpflichtigen Betriebsunternehmen erhalten hat (3062 S. 259).

Die Rückgabe eines vom Pächter landwirtschaftlich genutzten Grundstücks an den Verpächter bedeutet nur dann einen Wechsel in der Person des Unternehmers, wenn der Verpächter den Betrieb fortsetzt (3063 S. 260).

Tagegelder und Reisekosten der Beamten für Wahrnehmung auswärtiger Beweistermine gehören zu den nach § 59 Abs. 2 RVO. von den Versicherungsträgern zu erstattenden Barauslagen (3064 S. 261).

Die Vorschrift des § 1610 RVO. — betreffend Neufeststellung von Leistungen für Verletzte oder Hinterbliebene, die sich im Auslande befinden — ist auch anzuwenden, wenn sich der Verletzte auf einem deutschen Kauffahrteischiff aufhält, das sich auf offener See oder in einem ausländischen Hafen befindet; zu vgl. § 1745 RVO. (3065 S. 283).

Ein mit Bewachung eines Fabrikgrundstücks betrauter Wächter einer Wach- und Schließgesellschaft tritt dann als Arbeiter in den Fabrikbetrieb ein, wenn besondere Umstände des Einzelfalles die Annahme rechtfertigen, daß der Wächter bei Ausübung des Dienstes von dem Fabrikunternehmer persönlich abhängig ist (3066 S. 284).

Die Rechtsfrage, in welchem Umfang Hilfsmittel nach § 558 Ziff. 1 RVO. zu gewähren sind, ist in dieser Vorschrift selbst dahin beantwortet, daß die Hilfsmittel erforderlich sein müssen, um den Erfolg des Heilverfahrens zu sichern oder die Folgen der Verletzung zu erleichtern. Ob dies Erfordernis vorliegt, ist eine Tatfrage, die nach den Verhältnissen des einzelnen Falles zu beurteilen und vom Oberversicherungsamt endgültig (zu vgl. § 1700 Ziff. 1 RVO.) zu entscheiden ist (3067 S. 285).

Nach der am 8. 5. 20 in Kraft getretenen Vrdg. v. 5. 5. 20 (RGBl. S. 878, ArbVers. S. 293), wodurch die Gewährung von Zulagen zu Renten aus der Unfallversicherung bereits mit Wirkung vom 1. 1. 20 neu geregelt worden sind, besteht ein Anspruch auf die Zulage auch dann, wenn seine Voraussetzungen beim Inkrafttreten der Verordnung nicht mehr erfüllt waren (3068 S. 285).

II. Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

§ 154 RVO. ist nur anwendbar, wenn auch der Unternehmer keine feste Arbeitsstätte hat, an der er eigentliche Betriebsarbeiten verrichten läßt (2622 S. 264).

Die Krankenhilfe endet, wenn Arbeitsunfähigkeit seit Beginn der Krankheit besteht, stets mit Ablauf der 26. Woche nach dem ersten Tage des Krankengeldbezugs. Als dieser gilt im Fall des

Digitized by Google

§ 182 Ziff. 2 Halbsatz 2 RVO. der 4. Krankheitstag (2623 S. 265).

Die Zeit der Versicherungsfreiheit nach § 169 RVO. kann nicht als Versicherung im Sinne des § 195 Abs. 1 RVO. angerechnet werden (2624 S. 266).

Im Rahmen der §§ 214, 205a RVO. steht auch dem erwerbslos ausgeschiedenen Versicherten Anspruch auf die Regelleistung der Familienwochenhilfe zu (2625 S. 267).

Stirbt ein zur Weiterversicherung nach § 313 RVO. Berechtigter, ohne die nach Abs. 2 erforderliche Anzeige erstattet zu haben, so ist ein Anspruch auf Kassenleistungen nach dieser Vorschrift nicht gegeben (2626 S. 268).

1. Der Anspruch auf Waisenaussteuer wird nicht dadurch ausgeschlossen, daß die Mutter der Waise bei Fälligkeit der Waisenausssteuer wieder verheiratet ist. — 2. Für die Waisenausssteuer ist der Monatsbetrag der nach dem Gesetz vom 12. 6. 16 zu berechnenden Waisenrente zugrunde zu legen, auch wenn die Waisenrente bereits vor dem 1. 1. 16 rechtskräftig festgestellt worden ist (2627 S. 269).

Verzögert die Berufsgenossenschaft die Mitteilung von der Übernahme eines Heilverfahrens nach § 1513 RVO., so verliert sie den Ersatzanspruch gegen die Krankenkasse nur soweit, als die Kasse ohne Kenntnis der Übernahme Leistungen an den Kranken gewährt hat (2628 S. 270).

Um das Ende der Rente im Sinne des § 1696 Ziff. 1 RVO. handelt es sich auch dann, wenn der Kläger in der Revision für einen nach dem Endpunkt der ihm bewilligten Krankenrente liegenden, aber von ihm durch eine unstreitig rentenlose Zeit getrennten Zeitraum die weitere Gewährung der Krankenrente beansprucht (2629 S. 271).

Zur grundsätzlichen Entscheidung der Frage der Auferlegung einer Gebühr nach § 1803 RVO. kann eine Spruchsache der Krankenversicherung nicht nach § 1693 an das Reichsversicherungsamt abgegeben werden (2630 S. 272).

Die satzungsmäßigen Mehrleistungen an Familienhilfe nach § 205b RVO. dürfen auch dann nicht auf die im Kassenbezirk wohnenden Mitglieder mit Familienangehörigen beschränkt werden, wenn von diesen Versicherten Zusatzbeiträge (§ 384 Abs. 2 Satz 1) erhoben werden sollen (2631 S. 273).

Die Lohnstufe, der ein freiwillig Weiterversicherter nach dem durchschnittlichen Tagesentgelt beim Ausscheiden aus der Pflichtversicherung angehört, bestimmt sich nach der jeweils geltenden Satzung. In diesem Sinne ist auch der Grundsatz der Entsch. 2213 (Amtl. Nachr. 1916 S. 553, ArbVers. 1916 S. 611) zu verstehen, wonach die Versicherung nach § 313 Abs. 1 RVO. so bestehen bleibt, wie sie vor dem Ausscheiden aus der Pflichtversicherung bestand (2632 S. 274).

Nach Entsch. 2098 (Amtl. Nachr. 1915 S. 684, ArbVers. 1916 S. 58) entfällt die Beitragspflicht aus § 397 Abs. 1 RVO., wenn ausnahmsweise kein öffentliches Interesse an der Abmeldung mehr besteht. Dieser Ausnahmefall liegt bei Anmeldung eines Kassenmitgliedes durch einen neuen Arbeitgeber auch dann nicht vor, wenn die Kasse hiervon auf Grund ihrer Kartothek Kenntnis hat (2633 S. 276).

Bei Beteiligung zweier Versicherungsträger an einem Spruchverfahren hat jeder von ihnen die im Verfahren entstandenen Barauslagen gemäß § 59 Abs. 2 RVO. zur Hälfte zu erstatten (2634 S. 278).

Zulage nach dem Ges. vom 20. 5. 20 (RGBl. S. 1091, ArbVers. S. 370) ist nicht zu gewähren, wenn die Invalidenrente gemäß § 1522 RVO. nicht gezahlt wird. Die Zulage bildet keinen Teil der Rente (2635 S. 378).

Der Bezug von Kriegselterngeld auf Grund des Militärhinterbliebenengesetzes vom 17. 5. 07 schließt weder den Anspruch auf Zulage zur Invalidenrente nach dem Ges. vom 20. 5. 20 (RGBl. S. 1091, ArbVers. S. 370) noch den Anspruch auf Beihilfe nach dem Ges. vom 26. 12. 20 (RGBl. S. 2315, ArbVers. 1921 S. 53) aus (2636 S. 279).

Der Bezug einer bedingten Rente nach § 25 des Mannschaftsversorgungsgesetzes vom 31. 5. 06 (RGBl. S. 593) schließt gleichfalls die vorbezeichneten Ansprüche nicht aus (2637 S. 279).

Eine auf Grund der Militärversorgungsgesetze gewährte Heilanstaltspflege ist bei Anwendung des Art. I Nr. I Abs. 2 Ziff. 1 des Ges. vom 20. 5. 20 (RGBl. S. 1091, ArbVers. S. 370) dem Bezuge der für den Berechtigten festgestellten, infolge der Heilanstaltspflege ruhenden Rente gleich zu achten (2638 S. 280).

Im Einzelverfahren sind doppelte Beiträge nach § 5 des Ges. über eine außerordentliche Beihilfe für Empfänger von Renten aus der Invalidenversicherung in der Fassung der Bekanntm. vom 11. 4. 21 (RGBl. S. 473, ArbVers. S. 254) erst für die seit dem 20. 12. 20 laufenden Beitragswochen zu entrichten (2639 S. 280).

Aus dem Grundsatz, daß für den Anspruch auf Sterbegeld der Tod des Versicherten der Versicherungsfall ist (Entsch. 2531 Amtl. Nachr. 1919 S. 353) folgt, daß eine vor dem Tode vorgenommene Erhöhung der Grundlohnstufen dem Berechtigten auch dann zugute kommt, wenn der Versicherte zur Zeit der Erhöhung und bis zu seinem Tode arbeitsunfähig krank war (2640 S. 312).

Ein „Übertritt" zu einer anderen Kasse (§ 212 RVO.) liegt auch vor, wenn der Berechtigte während der Krankheit Pflichtmitglied der anderen Kasse wird. Daß zwischen dem Austritt aus der einen und dem Eintritt in die andere Kasse eine Zeit der Erwerbslosigkeit liegt, steht der Anwendung des § 212 nicht entgegen (2641 S. 313).

Digitized by Google

Die „Genehmigung" einer Satzungsänderung wird nicht dadurch entbehrlich, daß für die in Frage stehende Bestimmung an sich die „Zustimmung" des Oberversicherungsamts erforderlich ist. Zur Entschließung über die Zustimmung ist Abgabe der Sache an das Reichsversicherungsamt gemäß §§ 1799, 1693 RVO. nicht zulässig (2642 S. 315).

Die Vorschriften über Errichtung einer Betriebskrankenkasse (§§ 252 ff., insbesondere § 252 Abs. 2 RVO.) sind auf das Verfahren über Genehmigung von Satzungsänderungen (§ 324 RVO.) nicht entsprechend anzuwenden. Gegen diese Genehmigung steht einer anderen Krankenkasse kein Beschwerderecht zu (2643 S. 317).

B. Zur Unfallversicherung.

Ausführungsbestimmungen des Reichsversicherungsamts zu den Artikeln XII, XIII und XVII des Ges. v. 11. 4. 1921, betr. Änderung in der Unfallversicherung (RGBl. S. 467 ff.).

Vom 21. April 1921 (Amtl. Nachr. S. 256).

§ 1. — Die auf Grund der Verordnung über die Gewährung von Zulagen zu Renten aus der Unfallversicherung vom 5. Mai 1920 (RGBl. S. 878) für das Jahr 1921 zu zahlenden Zulagen werden von der Post in doppelter Höhe ausgezahlt, ohne daß eine besondere Anweisung der Versicherungsträger ergeht.

Die Post ist befugt, den doppelten Betrag in die Zahlungsanweisung des Versicherungsträgers einzutragen.

§ 2. — Die Doppelzahlung durch die Post ohne neue Zahlungsanweisung der Versicherungsträger trifft nur solche Zulagen, die am 1. Mai 1921 noch laufen, nicht aber solche, deren Zahlung die Post vorher auf Grund einer Entziehungsanweisung der Versicherungsträger eingestellt hat. Für die letzteren veranlassen die Versicherungsträger die Nachzahlung wegen der Verdoppelung durch besondere Anweisungen an die Post.

Wenn die Versicherungsträger bei laufenden Anweisungen wegen Überhebung usw. Kürzungen anordnen, wird die Verdoppelung nicht von dem gekürzten, sondern von dem vollen Zulagebetrage berechnet.

§ 3. — Ist neben einer laufenden Zulage ein einmalig sofort zu zahlender Betrag angewiesen worden, und ergeben sich bei der Post Zweifel, welcher Teil dieses Betrages auf das Jahr 1921 entfällt, so stellt dies die Post durch Rückfrage bei den Versicherungsträgern fest. Die Post zahlt in diesen Fällen zunächst nur den zweifellos feststehenden Betrag doppelt aus.

§ 4. — Bei künftigen Feststellungen von Zulagen ist auf der dem Berechtigten zuzustellenden Entscheidung und auf der Anweisung an die Post der einfache Zulagebetrag auf Grund der §§ 2 und 6 der Verordnung vom 5. Mai 1920 anzugeben und durch Buntschrift (Buntstempel) der Vermerk hinzuzufügen: „Die Zulage wird doppelt gezahlt." Soweit in solchen Zulagefeststellungen einmalig sofort zu zahlende Beträge enthalten sind, haben die Versicherungsträger in der Entscheidung und in der Anweisung an die Post in besonders zu kennzeichnender Weise anzugeben, welcher Teil dieses Betrages zu verdoppeln ist.

§ 5. — Die Zulagen zu Renten aus Anlaß von Unfällen, die sich im Januar 1920 ereignet haben, werden von der Post gleichfalls verdoppelt ausgezahlt, bis die Einstellung der Zulagen von den Versicherungsträgern angewiesen ist. Die Entziehung dieser Zulagen hat unter gleichzeitiger Anweisung der auf Grund des Gesetzes vom 11. April 1921 erhöhten Rente und unter Verrechnung (Art. XVII Abs. 2) von den Versicherungsträgern zu geschehen.

§ 6. — Die Zulagen werden monatlich oder vierteljährlich gezahlt, je nachdem die Rente monatlich oder vierteljährlich zu zahlen ist (§ 612 RVO.).

§ 7. — Bei der Ausfüllung der ersten Quittung hat der Versicherungsträger den wirklich zahlbaren (Doppel-) Betrag einzusetzen. Erhebt der Zulageempfänger mehrere Monatsbeiträge gleichzeitig, so sind Quittungen für jeden einzelnen Kalendermonat nicht mehr erforderlich.

§ 8. — Die Post setzt die Zulagenempfänger von der Verdoppelung der Zulagen durch Aushang am Zahlschalter in Kenntnis.

§ 9. — Die durch § 21 der Ausführungsbestimmungen vom 25. Mai 1920 vorgeschriebene Liste ist in der Weise weiterzuführen, daß der zu errechnende Betrag der Nachzahlung für die verflossenen Monate des Jahres 1921 unter Kennzeichnung als einmalige Zahlung (etwa mit roter Tinte) in der Spalte für den Monat Mai vorgetragen und der auf die Verdoppelung entfallende laufende Mehrbetrag allmonatlich (bei vierteljährlich zahlbaren Zulagen vierteljährlich) in den Monatsspalten hinzugesetzt wird. Auch bei künftig anzuweisenden Rentenzulagen ist dementsprechend zunächst in Übereinstimmung mit der Anweisung an die Post der einfache Betrag der Nachzahlung und der laufenden Monats- (Vierteljahrs-) zulage in die Liste einzusetzen, während die Mehrbeträge infolge der Verdoppelung einmalig für die Nachzahlung und laufend für die Monats- (Vierteljahrs-) zulagen hinzuzufügen sind.

Der nach Nr. 1 der Bestimmungen über die Abgabe von Kriegsanleihen usw. vom 18. Oktober 1920 — I 2459 — für die Abgabe von Kriegsanleihen jeweilig festzustellende Zulagenbetrag muß sich ohne weiteres aus der Liste entnehmen lassen.

§ 10. — Im übrigen gelten die Ausführungsbestimmungen zur Verordnung vom 5. Mai 1920 über die Gewährung von Zulagen zu Renten aus der Unfallversicherung — Amtl. Nachr. des RVA. 1920 S. 305 — (Nr. 114 des Deutschen Reichsanzeigers vom 25. Mai 1920) entsprechend für die verdoppelten Zulagen.

Zum Begriffe des landwirtschaftlichen „Betriebs" und eines Wechsels in der Person des Unternehmers.

Beschluß des **Reichsversicherungsamts** v. 6. Jan. 1921 (3063 Amtl. Nachr. 1921 S. 260).

Mit Recht verneint das Oberversicherungsamt, daß in der Rückgabe des Ackers von der Pächterin

Digitized by Google

an den Eigentümer ein Betriebsübergang zu erblicken sei. Ein Grundstück allein bildet noch keinen landwirtschaftlichen Betrieb. Dieser kommt vielmehr erst dadurch zustande, daß auf ihm landwirtschaftliche Verrichtungen stattfinden. Hören diese auf, so bedeutet dies eine Einstellung des Betriebes. Wechselt nach einer solchen Betriebseinstellung ein Grundstück seinen Besitzer, und benutzt es ein neuer Besitzer wieder zu landwirtschaftlichen Zwecken, so handelt es sich um die Eröffnung eines neuen Betriebes, falls das Grundstück nicht sofort Bestandteil eines bereits vorhandenen Betriebes wird. Nur wenn das Grundstück mit den auf ihm etwa vorhandenen Betriebsanlagen, gegebenenfalls auch mit den zu seiner Bewirtschaftung erforderlichen Einrichtungen und Gerätschaften auf einen anderen Betriebsunternehmer übergeht und dieser den Betrieb fortsetzt, kann von einem Wechsel in der Person desjenigen gesprochen werden, für dessen Rechnung der Betrieb geht. Letztere Voraussetzungen sind aber im vorliegenden Fall nicht gegeben. Vielmehr sind auf dem unbestellten Landstück nach dem Besitzwechsel und seiner Zerteilung einzelne neue kleine Bodenbewirtschaftungen (Schrebergärten) von den Afterpächtern des Magistrats begründet worden. Eine Überweisung der bisher als Nebenbetrieb des gärtnerischen Betriebes der Frau P. bei der G.-Berufsgenossenschaft versicherten Landwirtschaft an die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft kommt daher nicht in Frage. Da die Unternehmerin nach der Aufgabe der Pacht keinen landwirtschaftlichen Betrieb mehr unterhielt, konnte nur die Löschung der Landwirtschaft im Betriebsverzeichnis der G.-Berufsgenossenschaft erfolgen. Sollte letztere, wie es den Anschein hat und was auch das Oberversicherungsamt bereits gerügt hat, den streitigen Betrieb erst gelöscht und dann überwiesen haben, so würde dieses Verfahren mit den gesetzlichen Vorschriften nicht im Einklang stehen (zu vgl. Entsch. 3041, Amtl. Nachr. 1920 S. 269).

C. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Doppelte Beiträge im Einzugsverfahren (§ 5 Bek. vom 11. April 1921). Verordnung des Reichsarbeitsministers, betr. die Einkommensgrenzen im Reichsversorgungsgesetze.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** v. 23. April 1921 (2639 Amtl. Nachr. 1921 S. 289).

Der Entscheidung ist das Gesetz über eine außerordentliche Beihilfe für Empfänger von Renten aus der Invalidenversicherung in der neuerlichen Fassung der Bekanntm. vom 11. April 1921 (RGBl. S. 473) zugrunde zu legen. Nach § 5 Abs. 1 Satz 1 a. a. O. werden zur Deckung der Aufwendungen für die Beihilfe die durch Artikel II des Gesetzes über Abänderung der Leistungen und der Beiträge in der Invalidenversicherung vom 20. Mai 1920 festgesetzten Wochenbeiträge vom 20. Dezember 1920 ab verdoppelt. Nach dieser Fassung des Gesetzes kann kein Zweifel darüber bestehen, daß es sich um eine anderweite Bemessung der Beitragsleistung handelt, nicht um eine neben den Versicherungsbeiträgen zu erhebende, anderen Verfahrensgrundsätzen unterliegende Steuer. Bei einem Streite über die Frage, ob gewisse Beiträge in der früheren einfachen Höhe oder zum doppelten Betrage zu entrichten sind, handelt es sich daher um einen Beitragsstreit, der nach den Vorschriften des § 1459 der Reichsversicherungsordnung zu erledigen ist.

In der Sache selbst ist das Reichsversicherungsamt der auch vom Oberversicherungsamte gebilligten Entscheidung des Versicherungsamts beigetreten. Die Beiträge zur Invalidenversicherung werden nach § 1387 Abs. 2 RVO. für jede Woche der versicherungspflichtigen Beschäftigung (Beitragswoche) entrichtet. Der Beitrag ist daher ohne Rücksicht darauf, wann er entrichtet oder wann er fällig wird, an diejenige Woche gebunden, für die er bestimmt ist. Erst durch diese Beziehung zu einem bestimmten Wochenzeitraum erhält der Pflichtbeitrag, um den es sich vorliegend handelt, seinen versicherungsrechtlichen Inhalt. Wenn der § 5 Abs. 1 Satz 1 des erwähnten Gesetzes die Beiträge vom 20. Dezember 1920 ab verdoppelt, so können darunter mangels einer abweichenden ausdrücklichen Regelung nur diejenigen Beiträge verstanden werden, welche an die Beitragswochen vom 20. Dezember 1920 ab gebunden sind, während die vor diesem Tage abgelaufenen Beitragswochen und mit ihnen die für sie bestimmten Wochenbeiträge noch dem bisherigen Rechte unterliegen. Andernfalls würde man die Beitragswoche und den für sie bestimmten Wochenbeitrag voneinander abweichenden Grundsätzen unterstellen, was der zwischen ihnen bestehenden engen Zusammengehörigkeit widersprechen würde. Allerdings hat der vorbezeichnete § 5 im zweiten und dritten Satze des Abs. 1 für die Beitragsentrichtung durch Markenverwendung insofern Abweichendes bestimmt, als die vom 20. Dezember 1920 ab feilgehaltenen Marken sämtlich nur zum doppelten Geldwert verkauft werden, auch wenn sie für zurückliegende Zeiten zu entrichten sind. Aber gerade aus dem Umstand, daß diese besondere Vorschrift sich ausdrücklich nur auf die Beitragsentrichtung durch Verwendung von Beitragsmarken bezieht, ergibt sich, daß der Gesetzgeber für das Einzugsverfahren, in dem die Beiträge durch Zahlung an die Einzugsstelle entrichtet werden, eine Rückwirkung auf die vor dem 20. Dezember 1920 liegenden Beitragswochen und die für sie zu entrichtenden Wochenbeiträge nicht hat stattfinden lassen wollen.

Digitized by Google

D. Zur Militärversorgung.

Verordnung des Reichsarbeitsministers, betreffend die Einkommensgrenzen im Reichsversorgungsgesetze.

Vom 31. Mai 1921.

Auf Grund des § 87 Abs. 2 des Reichsversorgungsgesetzes vom 12. Mai 1920 (RGBl. S. 989) wird im Zusammenhange mit der durch den Reichshaushaltsplan vorgenommenen Erhöhung der Teuerungszulage (§ 87 Abs. 1 des Reichsversorgungsgesetzes) von 25 vom Hundert auf 35 vom Hundert mit Zustimmung des Reichsrats folgendes bestimmt:

I. Zu § 45 Abs. 2.

Die im § 45 Abs. 2 angegebene Grenze des einkommensteuerpflichtigen Jahreseinkommens wird bis auf weiteres von 1500 ℳ auf 3000 ℳ erhöht.

II. Zu § 63 Nr. 1.

Die im § 63 Nr. 1 aufgeführten Stufen des einkommensteuerpflichtigen Jahreseinkommens werden bis auf weiteres je um 2000 ℳ erhöht.

III.

Die Verordnung tritt mit Wirkung vom 1. Januar 1921 in Kraft.

Örtliche Zuständigkeit des Militärversorgungsgerichts.

Entscheidung des **Reichs-Militärversorgungsgerichts** vom 11. Januar 1921 (Entsch. Bd. 1 S. 243).

Nach Art. II § 10 Abs. 1 Satz 1 der Verordnung über Änderung des Verfahrens in Militärversorgungssachen vom 1. Februar 1919 (RGBl. S. 149) entscheidet über die Berufung das Militärversorgungsgericht, in dessen Bezirk der Kläger zur Zeit der Einlegung der Berufung wohnt. Diese Vorschrift schafft, wie der Senat bereits in seiner grundsätzlichen Entscheidung vom 25. November 1919 ausgesprochen hat (zu vgl. Entsch. des Reichs-Militärversorgungsgerichts Bd. I S. 10 Nr. 7) zwingendes Recht und läßt lediglich den Wohnort zur Zeit der Einlegung der Berufung entscheidend sein. Erwägungen der Zweckmäßigkeit können demgegenüber nicht durchgreifen und im einzelnen Falle zu einer abweichenden Regelung nicht führen. In Übereinstimmung mit der Rechtsübung des Reichs-Militärversorgungsgerichts (zu vgl. grundsl. Entsch. vom 24. September 1920, Entsch. Bd. I S. 153 Nr. 73) ist auch für das Verfahren vor den Spruchbehörden der Militärversorgung der Begriff des „Wohnens" als ein tatsächliches, länger dauerndes, nicht zufälliges Verweilen an einem Ort aufzufassen. „Wohnort" ist also nicht gleichbedeutend mit „Wohnsitz" im Sinne des § 7 des Bürgerlichen Gesetzbuchs. Zum Begriff des „Wohnens" genügt es vollkommen, wenn man sich längere Zeit, wenn auch nicht in der Absicht dauernd dort zu bleiben — also nur vorübergehend — an einem Orte aufhält. Es ist nicht notwendig, daß man auch „den Mittelpunkt seiner Lebensinteressen" dorthin verlegt.

Im vorliegenden Fall war — und ist anscheinend auch jetzt noch — das Arbeitsfeld des Klägers in und um G. Aus diesem Grunde hat er nach seinen eigenen Angaben — wenn auch aus Bequemlichkeitsgründen — in G. ein möbliertes Zimmer genommen, „wohnte" also jedenfalls zur Zeit der Einlegung der Berufung auch dort. Daß sich seine Familie noch in L. aufhält, ändert hieran nichts. Es mag dies auf die Absicht oder die Wahrscheinlichkeit, nicht dauernd in G. bleiben zu wollen oder zu können oder auf den überall herrschenden Wohnungsmangel zurückzuführen sein. Zweifellos hat der Kläger durch seinen mehrere Monate dauernden Aufenthalt in G. seinen Wohnort dorthin verlegt, und damit die Zuständigkeit des Militärversorgungsgerichts G. begründet.

Sprechsaal.

Antrag auf Änderung des § 193 RVO.

Die Betriebskrankenkasse der Badischen Anilin- und Sodafabrik in Ludwigshafen a. Rh. hat folgende Eingabe an den Reichsarbeitsminister gerichtet:

. . . Auf Grund der §§ 182, 193 RVO. lautet der § 11 unserer Kassensatzung: „Als Krankenhilfe wird gewährt: Krankenpflege vom Beginn der Krankheit an; sie umfaßt ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei, sowie Brillen, Bruchbändern und anderen kleineren Heilmitteln. Die Kasse darf auch größere Heilmittel, wie künstliche Glieder, Zahnersatz usw. oder auch einen Zuschuß bis zur Höhe von 100 ℳ für größere Heilmittel gewähren."

Die enorme Steigerung für Heilmittel aller Art, wie vor allem auch für Zahnersatz, Stützkorsetts, Gummistrümpfe, Prothesen ließ die Begrenzung des Zuschusses zu derartigen größeren Heilmitteln auf 100 ℳ schon lange als außerordentlich hinderlich empfinden. Der Vorstand beschloß daher eine Erhöhung der Grenze auf 500 ℳ. Der Ausschuß ging darüber hinaus und setzte die Grenze auf 1000 ℳ fest. Die Genehmigung dieser Satzungsänderung lehnte das Oberversicherungsamt Speyer ab aus dem formalen Grund, weil die Satzung fälschlicherweise gemäß § 193 keine Höchstgrenze für kleinere Heilmittel festgesetzt habe, und aus dem materiellen Grund, daß einerseits die Teuerung der Heilmittel nicht so erheblich sei, daß sie eine Erhöhung der Höchstgrenze auf das Zehnfache rechtfertige. Auch hätten anderenorts derartige Erhöhungen stattgefunden. Bei aller Abwegigkeit der sachlichen Stellungnahme mußte das formelle Bedenken als gerechtfertigt erscheinen. Der Ausschuß beschloß

Digitized by Google

daher auf Anregung des OVA. folgende Änderung des § 11, die zweifellos genehmigt wird:

„Krankenpflege von Beginn der Krankheit an; sie umfaßt ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei, sowie Brillen, Bruchbändern und anderen kleineren Heilmitteln bis zum Höchstbetrag von 250 ℳ, sowie folgenden größeren Heilmitteln: künstlichen Gliedern, Zahnersatz und Krankenkost. Auch darf die Kasse Zuschüsse bis zu 250 ℳ zu größeren Heilmitteln gewähren."

Damit ist jedoch das Bestreben unserer Kasse, im Einzelfall größere Heilmittel, die mehr als 250 ℳ kosten (man denke z. B. an Tiefenbestrahlungen), ganz oder anteilsmäßig zu gewähren, noch nicht befriedigt. Weniger als sonst ist in diesen Zeiten allgemeiner Teuerung ein Versicherter in der Lage, selbst größere Aufwendungen im Falle der Erkrankung zu machen. Anderseits werden Fälle dieser Art nicht allzu häufig vorkommen, so daß eine finanzielle Gefährdung der Kasse nicht zu befürchten ist.

Dieser weitergehenden Berücksichtigung des Einzelfalles steht die Fassung des § 193 entgegen. Die Verknüpfung des Höchstbetrages für den Zuschuß zu größeren Heilmitteln mit dem für kleinere Heilmittel, für die eine logische Notwendigkeit nicht zu ersehen ist, ist heute nicht mehr zeitgemäß und läßt sozial begründete Ansprüche der Versicherten unbefriedigt. Sie versetzt den Kassenvorstand in eine Zwangslage und damit häufig in Widerspruch mit berechtigten Wünschen der Versicherten. Denn gerade solche Einzelfälle, in denen teuere Heilmittel erforderlich sind, sind meist die wirtschaftlich am ungünstigsten zu beurteilenden.

Unseres Erachtens müßte daher eine Trennung zwischen kleineren und größeren Heilmitteln eintreten. Bei dieser Gelegenheit ließe sich zweifellos die mißverständliche Fassung des § 193 Abs. 2 beseitigen. Die Kasse müßte neben der Regelleistung von kleineren Heilmitteln bis zu einem Höchstbetrage als Mehrleistung größerer Heilmittel und Krankenkost oder einen Beitrag hierzu bis zu einem, evtl. von der Zustimmung des Oberversicherungsamtes abhängig zu machenden Höchstbetrag gewähren dürfen.

Wir bitten um wohlwollende Prüfung der vorstehenden Anregungen. Die Frage beschäftigt unsere Ausschuß- und Vorstandsmitglieder ganz außerordentlich stark. Sie sehen sie als einen Prüfstein für den sozialen Geist in der Krankenversicherung an. Wir sind überzeugt, daß das Bedürfnis nach freierer Gestaltung dieser Frage im Gesetz auch anderwärts in starkem Maße vorhanden ist, und würden es daher begrüßen, wenn dieser Punkt noch in das Reformprogramm zur RVO. aufgenommen werden könnte."

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Zur Erhöhung der Verdienstgrenze in der Angestelltenversicherung.

Der im Heft 18 S. 355 mitgeteilte Beschluß des Reichsrats, dem wir die kritische Äußerung des „Berl. Tagebl." angefügt haben, ist auch sonst in den Tageszeitungen — verschiedenster politischer Richtung — überwiegend abfällig beurteilt worden. Man erwartet vom Reichstag eine eindringende Überprüfung und die Ablehnung oder doch eingreifende Änderung der Vorlage. So schreibt z. B. die „Berl. Abendpost" v. 11. 6. 21: „.... Wir hoffen, daß trotz des einmütigen Beschlusses im Reichsrat das letzte Wort in dieser Angelegenheit noch nicht gesprochen ist und daß sich insbesondere der Reichstag von allen Schlagworten und überlebten Begriffen freimachen und den Angestellten, denen schon die Zahlung der jetzigen Beiträge schwer wird und nach der kommenden starken Anspannung der Steuerschraube noch schwerer fallen wird, nicht eine Wohltat aufzwingen wird, die in Wirklichkeit nur eine Plage ist.

Die völlige Aufhebung der Selbstverantwortlichkeit des einzelnen und die Übernahme jeglicher Fürsorge auch für die sozial Nichtschwachen durch den Staat, schafft allmählich die Rückgratlosigkeit des einzelnen und eine allzu überragende Staatsgewalt. Das ist vom moralischen Standpunkt der staatsbürgerlichen Freiheit durchaus zu vermeiden. Die Republik tut nicht gut, gerade in einer Zeit, wo dem Staat täglich neue Ausgaben unabsehbaren Umfanges erwachsen, den Kreis dieser ihrer Aufgaben ohne jede Not zu erweitern.

Wirtschaftlich ist die Festlegung der Milliarden, die sich aus den Beiträgen bilden werden, geradezu ein Verhängnis. Die Ersparnisse der Angestellten sollen wieder in die Wirtschaft gehen und dort ein wertbildendes Kapital sein, aber nicht als totes Kapital der Bürokratie anvertraut werden. Es heißt doch auch, jedem tüchtigen Mann im freien Gewerbe die Grundlage einer Selbständigkeitsmachung nehmen, wenn sein Einkommen, je mehr er es durch Fleiß und Tüchtigkeit erhöht, in um so höherem Maße für allerlei Versicherungszwecke in Anspruch genommen wird. Die Pensionsberechtigung ist doch glücklicherweise noch nicht ein allgemeines deutsches Ideal. Verwaltungsgemäß würde die Erweiterung der Versicherungspflicht eine weitere Vermehrung des Beamtenapparates für die Angestelltenversicherung bedeuten. Der Apparat ist schon jetzt monströs, und die Verwaltungskosten saugen einen enormen Teil der Beiträge auf. Bei der heutigen Lage, die sich nicht bald ändern wird, hat man damit zu rechnen, daß die Kosten der Verwaltung sich sogar noch stärker erhöhen werden, als es bisher der Fall war.

Soziale Fürsorge ist für diejenigen angebracht, die sich gegenüber den Wechselfällen des Lebens aus eigener Kraft nicht zu sichern vermögen. Das hängt freilich stark von den Persönlichkeiten ab. Aber da man organische Gesetze nicht nach Persönlichkeitswerten abstufen kann, bleibt nichts anderes übrig, als den Wirkungsbereich solcher Gesetze nach festen Zahlen abzugrenzen. Mag daher die 15 000-Mark-Grenze bestehen bleiben. Darüber hinaus darf man fordern, daß der einzelne nun auch für sich selbst einstehe; tut er es nicht, so kann ihm niemand helfen, und — ganz besondere Schicksale ausgenommen — braucht ihm auch niemand zu helfen....."

Die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte hat gegenüber diesen und anderen Äußerungen wie folgt das Wort genommen: „In einem großen Teil der Tagespresse sind in den letzten Tagen Artikel erschienen, die sich unter mehr oder weniger tendenziösen Überschriften in scharfer Weise gegen den Reichsratsbeschluß über die Erhöhung der versicherungspflichtigen Gehaltsgrenze in der Angestelltenversicherung auf 28 000 ℳ wenden

Digitized by Google

und durch größtenteils unrichtige Behauptungen Beunruhigung in die Angestelltenschaft tragen. Es mag daran erinnert werden, daß das ursprüngliche Gesetz vom 20. Dezember 1911 eine versicherungspflichtige Gehaltsgrenze von 5000 ℳ vorsah. Durch das Gesetz vom 31. Mai 1920 wurde diese Gehaltsgrenze der damaligen Geldentwertung entsprechend auf 15 000 ℳ erhöht. Es dürfte schwer fallen, den Nachweis darüber zu führen, daß das Friedenseinkommen eines Angestellten von 5000 ℳ sich im Laufe der Jahre nur auf 15 000 ℳ erhöht hat. Selbst eine Gehaltsgrenze von 28 000 ℳ dürfte noch lange nicht alle Angestellten erfassen, die nach der Absicht des Gesetzgebers im Jahre 1911 unter das Gesetz fallen sollten. Es ist im übrigen unrichtig, daß die Reichsversicherungsanstalt einer solchen Erhöhung der Gehaltsgrenze und der damit verbundenen Beitragssätze lediglich bedarf, um die Kosten ihres Verwaltungsaufwandes zu decken. Richtig ist vielmehr, daß die Reichsversicherungsanstalt künftighin, um der Invalidenversicherung nicht nachzustehen, angemessene Leistungen gewähren will, die der Entwertung des Geldes wenigstens einigermaßen angepaßt sind. Daß es zu diesem Zwecke einer erheblichen Erhöhung der Gehaltsgrenze bedarf, wobei ja nur der Kreis der ursprünglich versicherten Angestellten einigermaßen wieder erfaßt wird, sowie einer Erhöhung der Beitragssätze, die sich in sehr mäßigen Grenzen hält, ist selbstverständlich. Dabei ist hervorzuheben, daß auch die Invalidenversicherung, die zudem noch Zuschüsse des Reiches zu ihren Leistungen erhält, ihre Beiträge ebenfalls wesentlich erhöht hat. Abgesehen von den Rentenleistungen sind aber auch die Kosten des Heilverfahrens, das, wie kaum bestritten werden kann, bisher in sehr entgegenkommender Weise gewährt wurde, ganz bedeutend gestiegen; sie werden sich im laufenden Jahre auf etwa 75 Millionen Mark belaufen. Daß die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte allen diesen an sie gestellten Anforderungen mit den alten Beitragssätzen und mit einer versicherungspflichtigen Gehaltsgrenze von 15 000 ℳ, die den größten Teil der Angestellten der Versicherung entzieht, nicht mehr genügen kann, liegt so klar auf der Hand, daß es unverständlich bleibt, wie ein Teil der Presse in dieser Weise gegen den Beschluß des Reichsrats, der nur den tatsächlichen Verhältnissen Rechnung trägt, Sturm laufen kann."

Der „Tag" v. 14. 6. 21 bemerkt hierzu: „Sollten die Herren bei diesen Verhältnissen nicht vielleicht umgekehrt auf den Gedanken kommen, daß schon gegenwärtig das Versicherungsprinzip überspannt ist? Jedenfalls sollte man durch solche Verfügungen nicht Zehntausende, die in dieser Versicherung nur eine starke Verschlechterung ihrer Lebenslage erblicken, in eine solche für sie schädliche Zwangseinrichtung einbeziehen. Aus der Zuschrift geht aber deutlich die Absicht hervor, weitere Angestelltenkreise mit solcher Zwangssacke zu beglücken!"

Von der Arbeitsgemeinschaft von Reichsversicherungsträgern der Rheinprovinz

ist uns der Stenographische Bericht über die am 16. 4. 21 in Düsseldorf, unter dem Vorsitz des Vizepräsidenten Appelius, abgehaltene Mitgliederversammlung zugegangen. Nach dem einleitenden Bericht über das erste Geschäftsjahr (1920) schlossen sich der Arbeitsgemeinschaft außer den vier in der Rheinprovinz bestehenden Krankenkassenverbänden (Vereinigung rheinischer Krankenkassen, Düsseldorf, Landkrankenkassenverband, Aachen, Provinzialverband Rheinprovinz deutscher Krankenkassen, Aachen, Verband rheinisch-westfälischer Betriebskrankenkassen, Essen) im ganzen 1000 Krankenkassen an, ferner neben der Rheinischen Vereinigung berufsgenossenschaftlicher Verwaltungen zu Essen 71 Unfallberufsgenossenschaften und Ausführungsbehörden, die Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz, die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte, Berlin, der Allgemeine Knappschaftsverein zu Bochum und der Saarbrücker Knappschaftsverein, so daß die Arbeitsgemeinschaft zur Zeit 1079 direkte Mitglieder zählt. Durch Vermittlung der Verbände gehören noch weitere Krankenkassen ihr als indirekte Mitglieder an. Die Preußisch-Hessische Eisenbahnpensionskasse, Berlin, konnte sich im Berichtsjahre zu einem Beitritt aus prinzipiellen Gründen noch nicht entschließen.

Aus dem übrigen Inhalt des interessanten Berichts sind besonders hervorzuheben die beiden Vorträge. Vizepräsident Appelius sprach über das Thema: „Ist bei der Reform des Versicherungsrechts die Einführung von Zwangsarbeitsgemeinschaften der Versicherungsträger und eine Änderung in der Zusammensetzung der Versicherungsbehörden erstrebenswert?" Zur ersten dieser beiden Fragen wies der Redner darauf hin, daß vor einiger Zeit von der Reichsregierung der Entwurf eines Gesetzes „über den Zusammenschluß von Trägern der Reichsversicherung zum Zwecke gemeinsamer Wohlfahrtspflege und über Regelung des Heilverfahrens" vorgelegt worden ist. Dieser Gesetzentwurf ist nicht Gesetz geworden; man hat ihn vorläufig zurückgezogen. Der Widerspruch gegen diesen Entwurf war sehr stark. Man wünschte keine Reglementierung von oben herab, sondern man glaubte, daß gerade dieses Gebiet eines derjenigen wäre, welche auf Grund freiwilligen Zusammenschlusses gepflegt werden müssen. Man hat sich bei der Reichsregierung auch diesen Gedanken nicht verschlossen, und der Entwurf als solcher wird wohl nicht wieder auftauchen; vielleicht hat er ja auch seine Schuldigkeit getan. Nur da, wo man tatsächlich einer Arbeitsgemeinschaft ablehnend gegenübersteht, könnte ja vielleicht ein sanfter Druck von oben herab ausgeübt werden. Dieser Standpunkt wurde in dem Vortrage eingehend begründet und in der Erörterung allgemein gebilligt. — Ein aufschlußreicher Vortrag des Landesmedizinalrats Professor Dr. Knepper über „Volksgesundheitspflege der Versicherungsträger" löste lebhaften Beifall aus; eine Erörterung fand nicht statt.

Kassenmittel für allgemeine Zwecke der Krankheitsverhütung.

Immer mehr setzt sich auch in Kassenkreisen das Bestreben durch, durch eine — in den Grenzen des gesetzlich Zulässigen — möglichst weitgehende vorbeugende Fürsorge allgemeiner Art zur Förderung der Volksgesundheit nach Kräften beizutragen. In weitherziger Anwendung des § 363 Abs. 1 RVO. hat neuerlich auch die Allgemeine Ortskrankenkasse für Schwerin i. M. Mittel der Kasse „für allgemeine Zwecke der Krankheitsverhütung" aufgewendet, indem sie dem dortigen Jugendamt 40 000 M. für die dort zu errichtende Waldschule überwies. In der Waldschule sollen kranke und körperlich zurückgebliebene Kinder für die Sommerzeit Aufnahme finden. Ferner hat der Kassenvorstand 5000 ℳ zur Verfügung gestellt, um eine Verbilligung der Kindermilch minderbemittelter Kassenmitglieder zu ermöglichen. Völlig mittellose Kassen-

Digitized by Google

mitglieder erhalten die Milch kostenlos. Die Bezugszeit ist vorerst auf 6 Wochen festgesetzt.

Solche Maßnahmen kommen letzten Endes auch der Kasse selbst zustatten, weil sie der Förderung des allgemeinen Gesundheitszustandes im Wirkungsbereich der Kasse dienen und den Erfolg haben, die Ausgaben der Kasse für Krankenpflege (§§ 182, 184 RVO.) zu mindern.

Beantwortung von Anfragen.

Rechtsauskünfte aus unserem Arbeitsgebiet erteilen wir den Beziehern unserer Zeitschrift bereitwillig, ohne indessen eine Verpflichtung oder eine zivilrechtliche Haftung zu übernehmen. Für schriftliche Auskunft wird Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten, und zwar auch dann, wenn nur Bescheid durch die Zeitschrift erbeten, die Sache aber zur Veröffentlichung an dieser Stelle nach unserem Ermessen nicht geeignet ist.

1. **An unsere Leser.** Obigen, den veränderten Zeitverhältnissen notgedrungen angepaßten Vordruck über dieser Rubrik empfehlen wir aufs neue sorgfältiger Beachtung. Dabei wiederholen wir unsere oft ausgesprochene Bitte, die Anfragen auf besonderen, einseitig, recht deutlich beschriebenen Blättern an uns zu richten, die wir zurückbehalten. Wir erinnern daran, daß es nicht angeht, uns den Raum für eine Auskunft zuzumessen (z. B. durch Beifügung einer Postkarte), daß wir uns auf Beantwortung von Anfragen durch Telegraph oder Fernsprecher nicht einlassen können, und daß der Regel nach auch eine schriftliche Auskunft nicht „umgehend" und eine Veröffentlichung nicht immer „in der nächsten Nummer" zu erwarten ist. Auf möglichst baldige Erledigung der Anfragen in der Reihenfolge ihres Einganges, unter Berücksichtigung ihres Umfangs und ihrer Schwierigkeit, nehmen wir ohnehin stets Bedacht.

Verfahren bei Streit zwischen zwei Personen, welche von ihnen als Arbeitgeber beitragspflichtig ist.

2. **Nach B.** Antwort: Die Entscheidung des Oberversicherungsamts ist nicht nur in der Sache selbst verfehlt, sondern sie beruht auch auf einem schweren prozessualen Verstoß. Der Streit ist entstanden über die Frage, ob die Gemeinde oder der Hauptlehrer als Arbeitgeber der mit der Reinigung usw. der Schulräume befaßten Putzfrau anzusehen und zur Beitragsleistung verpflichtet sei, und in dem Streitverfahren über diese Frage sind vor dem Oberversicherungsamt in der Beschwerdeinstanz, wie vorher vor dem Versicherungsamt, nur die Gemeinde und der Lehrer als Parteien aufgetreten und zugezogen worden. Beide Instanzen haben den Lehrer für den beitragspflichtigen Arbeitgeber erklärt, ohne die zuständige Ortskrankenkasse oder die Versicherte auch nur gehört zu haben, und das Oberversicherungsamt hat am Schlusse der Begründung vermerkt: „Diese Entscheidung ist gemäß § 405 Abs. 2 RVO. endgültig." Dieser Vermerk beruht auf einen Rechtsirrtum und ist rechtlich ohne jede Wirkung. § 405 Abs. 2 betrifft Streitigkeiten über das Versicherungsverhältnis oder über die Beitragspflicht „zwischen einem Arbeitgeber oder einem Versicherten oder bisher Versicherten oder einem zu Versichernden und einer Kasse"; nur die im Streitverfahren zwischen diesen Personen ergehenden Entscheidungen des Oberversicherungsamts sind nach § 405 Abs. 2 endgültig, und nur auf solche Entscheidungen bezieht sich auch der anschließende Abs. 3 Satz 1, wonach endgültige Entscheidungen über das Versicherungsverhältnis für alle Behörden und Gerichte bindend sind. Für einen Streit lediglich zwischen zwei Personen, von denen die eine oder die andere als Arbeitgeber in Frage kommt, fehlt es an jedem Anlaß und jeder Grundlage. Die Gemeinde sowohl wie der Lehrer konnten abwarten, wer von ihnen als Arbeitgeber von der Kasse in Anspruch genommen werden würde, und in dem so anhängig gewordenen Verfahren konnte der andere als Arbeitgeber in Frage kommende Teil nach § 23 VVO. von Amts wegen zugezogen werden oder ohne Zuziehung beitreten. Nur so konnte eine auch der Kasse gegenüber wirksame Entscheidung erzielt werden. Die vorliegende Entscheidung aber bindet die Kasse in keiner Weise. Sie kann noch jetzt die Gemeinde statt des Lehrers in Anspruch nehmen und diesen Standpunkt — unseres Erachtens auch sachlich mit Recht — vertreten. Sollte in diesem Verfahren wieder Beschwerde an das Oberversicherungsamt eingelegt werden, so wird es sich empfehlen, Abgabe der Sache an das Reichsversicherungsamt nach §§ 1799, 1693 RVO. anzuregen.

Zur Abgrenzung der ärztlichen Behandlung gegen Heilmittelgewährung. — Neuer Versicherungsfall bei Familienhilfe.

3. **Nach C.** Frage: Als Familienhilfe wird hier satzungsgemäß freie ärztliche Behandlung, dagegen nicht auch Arznei gewährt. Für die Familienbehandlung erhalten die Ärzte eine feste Jahresvergütung. Krankenhauspflege kann den obenbezeichneten Angehörigen bis zur Höchstdauer von sechs Wochen gewährt werden. Danach bitten wir um Äußerung über folgende Fragen:

a) Für die Ehefrau eines Kassenmitgliedes wurden von dem zuständigen Kassenarzt Faradisationen des Herzens für erforderlich gehalten, die der Arzt indessen nicht selbst ausführte, sondern von einer Krankenhausschwester gegen besondere Bezahlung ausführen ließ. Das betreffende Kassenmitglied fordert nun von uns die Erstattung der an die Krankenschwester gezahlten Vergütung. Sind wir hierzu verpflichtet?

b) Bei verschiedenen Krankheiten besteht die ärztliche Behandlung in der Vornahme von Einspritzungen (z. B. von Morphium bei Koliken usw.). Gehört in solchen Fällen zu der ärztlichen Behandlung untrennbar auch die Lieferung der Einspritzflüssigkeit oder kann die Bezahlung der Flüssigkeit von den Kranken verlangt werden?

c) Krankenhauspflege von Angehörigen der Kassenmitglieder ist, wie bereits oben angegeben,

Digitized by Google

auf eine Höchstdauer von sechs Wochen beschränkt. Kann eine wiederholte Krankenhauspflege bei unbehobener Krankheit nach einem gewissen Zeitraum bewilligt werden?

Antwort: a) Wenn der Arzt nach den Umständen des Falles glaubte, sich auf die Anordnung der Faradisationen beschränken zu dürfen — was Sache seines freien, pflichtmäßigen Ermessens ist —, so erschöpfte sich hierin die freie „ärztliche" Behandlung, für die er durch die feste Jahresvergütung bezahlt ist und auf die sich die Leistungspflicht der Kasse beschränkt. Der Arzt ist in solchem Falle nicht verpflichtet, das sächliche Mittel, den Apparat bereitzustellen und selbst zu bedienen; diese Leistung durch die Krankenhausschwester ist dann lediglich Anwendung eines Heilmittels, wofür die Kasse nach der Satzung nicht aufzukommen hat.

b) Aus diesem Grunde hat die Kasse auch nicht die Pflicht, die Kosten für das einzuspritzende Heilmittel zu tragen.

c) Wenn das Familienmitglied in der Zwischenzeit einer Heilbehandlung nicht bedurfte, liegt in dem neu eingetretenen Bedürfnis ein neuer Krankheitsfall vor, wegen dessen von neuem Krankenhauspflege bewilligt werden darf. Andernfalls handelt es sich im Rechtssinne um eine einheitliche Krankheit, so daß nach der Satzung die Befugnis zu einer erneuten Bewilligung der Krankenhauspflege nicht besteht.

Zur Anwendung des § 197 RVO. in Verbindung mit §§ 12a, 12b der Vrdg. über Erwerbslosenfürsorge.

4. **Nach Hof.** Frage: Die allgem. Ortskrankenkasse hat mit dem Träger der Erwerbslosenfürsorge eine Vereinbarung nach § 12b der Verordnung vom 15. April 1919 getroffen. Von einer Gemeinde wurde die Anmeldung zweier weiblicher Erwerbslosen unterlassen. Dieselben haben nach Aufnahme einer versicherungspflichtigen Beschäftigung entbunden; die Kassenwochenhilfe mußte von der Betriebskrankenkasse gewährt werden, da die Wöchnerinnen dieser 6 Monate vor der Niederkunft angehörten. Die Betriebskrankenkasse will Ersatzansprüche nach § 197 RVO. gegen die Ortskrankenkasse geltend machen. Wir haben den Anspruch abgelehnt, und ist hierwegen ein Verfahren nach § 224 RVO. beim Versicherungsamt anhängig. Die Betriebskrankenkasse hat dabei weiterhin beantragt, daß, falls unsere Kasse zur Zahlung des Ersatzanspruches nicht verpflichtet ist, die Gemeinde hierzu verurteilt werden wolle. Wir bitten um Auskunft: a) Ist die Kasse verpflichtet, den Ersatzanspruch anzuerkennen, obwohl die Anmeldung durch die Gemeinde unterblieben ist? b) Ist ein Streitverfahren gegen die Gemeinde nach § 224 RVO. zulässig? c) Ist das Versicherungsamt zur Entscheidung in dem Verfahren gegen die Gemeinde zuständig, oder welche Behörde kommt hier in Betracht?

Antwort: a) Die Ortskrankenkasse ist nicht erstattungspflichtig auf Grund des § 197 RVO., weil die Wöchnerinnen dieser Kasse überhaupt nicht angehört haben. Denn die Versicherung auf Grund des § 12a der Vrdg. über Erwerbslosenfürsorge tritt in keinem Falle kraft Gesetzes, sondern nur dadurch ein, daß die Gemeinde die Erwerbslosen, die zur Fortsetzung oder Aufrechterhaltung einer Versicherung bei einer Krankenkasse berechtigt sind, zu diesem Zwecke anmeldet. Zu vgl. Müller in ArbVers. 1919 S. 281 ff.

b) Auch die Gemeinde ist im vorliegenden Falle nicht erstattungspflichtig. Denn der Anspruch aus § 197 RVO. kann sich immer nur gegen eine Krankenkasse richten. An deren Stelle die Gemeinde etwa auf Grund des § 12a Abs. 2 der Vrdg. in Anspruch zu nehmen, weil sie die erforderliche Meldung versäumt hat, läßt sich schon deshalb nicht rechtfertigen, weil wegen solcher Säumnis immer nur ein Anspruch gegen die Gemeinde auf Krankenhilfe (§§ 182 ff. RVO.), nicht auch auf Wochenhilfe in Frage kommen könnte. Zu vgl. ArbVers. 1920 S. 319 Ziff. 6.

c) An einer Vorschrift, wonach für ein Streitverfahren über einen Anspruch gegen die Gemeinde das Versicherungsamt zuständig wäre, fehlt es im Gesetze. Träfe § 12a Abs. 2 der Vrdg. überhaupt zu, so würde, beim Mangel einer Vorschrift im Gesetze, die Gemeinde zur Leistung nur durch ihre Aufsichtsbehörde angehalten werden können.

Was ist „ein dem ehelichen gleichstehendes Kind"?

5. **Nach Großkamsdorf.** Frage: Unsere Mitglieder erhalten außer ihrem Lohn für jedes eheliche oder dem ehelichen gleichstehende Kind ein monatliches Kindergeld von 25 *M*. Es fragt sich nun, was man unter „ehelich gleichstehend" zu verstehen hat. So haben wir z. B. einen Arbeiter, dessen Ehefrau ein Kind mit in die Ehe gebracht hat. Er erkennt es als das seinige an, ohne daß er sein Vater ist, und erhebt Anspruch auf Kindergeld. Sind wir zur Zahlung des Kindergeldes verpflichtet?

Antwort: Den ehelichen gleichstehende Kinder sollen offenbar solche sein, die vom Gesetz den ehelichen gleichgestellt werden, und das sind die adoptierten — an Kindesstatt angenommenen (§§ 1741 ff. BGB.) — und die legitimierten, das heißt diejenigen unehelichen, die durch eine besondere Verfügung der Staatsgewalt für ehelich erklärt werden (§§ 1723, 1736 BGB.). Heiraten die Eltern eines unehelichen Kindes nach dessen Geburt einander, so wird es ohne weiteres durch die nachfolgende Ehe ehelich (§ 1719 BGB.). Dagegen steht einem ehelichen Kinde nicht dasjenige uneheliche der Ehefrau gleich, dessen Vater nicht der Ehemann ist. Hiernach würde für ein solches Kind ein Anspruch auf Kindergeld nicht begründet sein. Selbstverständlich steht aber nichts entgegen, daß Arbeitgeber und Arbeitnehmer eine andere Vereinbarung treffen.

a) Kosten der Zwangsheilung Geschlechtskranker.
b) Keine Familienwochenhilfe neben Wochenhilfe aus § 195a RVO.

6. **Nach Fürstenberg i. Mecklb.** Antwort: a) Es hat offenbar eine Zwangsbehandlung auf Grund der Reichsverordnung über die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 11. Dezember 1918 (vgl. ArbVers. 1919 S. 76) stattgefunden. Ein Akt der Armenpflege liegt nicht vor. Daher braucht die Kasse die Kosten nicht zu erstatten. (Vgl. auch das Urteil des Reichsgerichts in der ArbVers. 1918 S. 227, ferner Hahn in der ArbVers. 1917 S. 145 ff.) Wohl aber haben die Behandelten Anspruch auf Krankengeld, wenn sie arbeitsunfähig im Sinne der Krankenversicherung waren. Das war der Fall, wenn die zur Heilung erforderliche Behandlung ein Arbeiten ausschloß oder die Natur der Krankheit mit Rücksicht auf die Mitarbeiter ein Fernbleiben von der Arbeit bedang. (Vgl. Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 6c zu § 182.) Arbeits-

Digitized by Google

unfähigkeit liegt aber nicht schon deshalb vor, weil Zwang ausgeübt wird, damit der Kranke sich nicht dem Heilverfahren entzieht.

b) Soweit Anspruch auf Wochenhilfe auf Grund eigener Versicherung der Wöchnerin besteht (§ 195a RVO.), kann Familienwochenhilfe nicht beansprucht werden; denn nach ausdrücklicher Vorschrift des § 205a ist Voraussetzung für die Familienwochenhilfe, daß ein Anspruch auf Wochenhilfe nach § 195a nicht besteht.

Bürgermeisterstellvertreter nicht krankenversicherungspflichtig.

7. **Nach Dieburg.** Antwort: Personen in leitender Stellung mit selbständiger Verantwortlichkeit sind nicht versicherungspflichtig, und zu ihnen gehören Bürgermeister (Anleitung des RVA. für die Invaliden-Vers. Ziff. 24). Entscheidend ist das Maß der Selbständigkeit und der Verantwortlichkeit. Ob im Einzelfalle die Stellung dauernd oder nur vorläufig bekleidet wird, kann hierbei nicht ausschlaggebend sein, denn auch bei vorübergehender Führung der Geschäfte eines Bürgermeisters bestehen Selbständigkeit und Verantwortlichkeit unvermindert.

Familienwochenhilfe für die verheiratete Tochter des Versicherten.

8. **Nach Lünen.** Antwort: Der Umstand, daß eine Tochter, die in häuslicher Gemeinschaft mit ihrem Vater lebt, verheiratet ist, schließt den Anspruch aus § 205a an die Kasse des versicherten Vaters nicht aus (vgl. ArbVers. 1920 S. 119 Ziff. 4). Auch daß der Ehemann gleichfalls bei ihrem Vater wohnt, kann daran nichts ändern. Gerade die häusliche Gemeinschaft in Verbindung mit der Tatsache, daß der Ehemann erwerbslos ist, läßt erkennen, daß eine gewisse wirtschaftliche Gemeinsamkeit mit dem Vater, sogar eine wirtschaftliche Abhängigkeit von ihm besteht, und dieser wirtschaftliche Zusammenhang rechtfertigt die Familienwochenhilfe. Daher ist die Frage, ob die Ehefrau eines Arbeitslosen aus der Versicherung ihres Vaters, mit dem das Ehepaar in häuslicher Gemeinschaft lebt, den Anspruch auf Familienwochenhilfe aus § 205a RVO. herleiten kann, zu bejahen.

a) **Voraussetzung für Wochenhilfe im Falle des § 214 RVO.** b) **Mehrleistungen darf die Satzung im Falle des § 214 nicht zubilligen.**

9. **Nach Pleß.** Antwort: a) Sie nehmen an, daß erwerbslos ausgeschiedene Wöchnerinnen hinsichtlich des Anspruchs auf Wochenhilfe aus § 195a RVO. (und entsprechend die erwerbslos ausgeschiedenen versicherten Familienhäupter hinsichtlich der Familienwochenhilfe aus § 205a) durch die Vorschrift des § 214 RVO. günstiger gestellt seien, als die zur Zeit der Niederkunft noch zur Kasse gehörigen Wöchnerinnen, weil diese letzteren nach § 195a (§ 205a) im Jahre vor der Niederkunft unbedingt mindestens sechs Monate gegen Krankheit versichert gewesen sein müssen, während die erwerbslos ausgeschiedenen nach § 214 Anspruch auf die Wochenhilfe schon haben können, wenn sie unmittelbar vor dem Ausscheiden nur mindestens sechs Wochen versichert waren. Das ist irrig. Unter den Voraussetzungen des § 214 haben die Ausgeschiedenen „Anspruch auf die Regelleistungen" — selbstverständlich nur dann, wenn im übrigen die Voraussetzungen für den einzelnen, gegebenenfalls in Frage kommenden Anspruch erfüllt sind. Deshalb kann ein Anspruch auf Wochenhilfe nach § 214 nur bestehen, wenn zugleich den Voraussetzungen des § 195a (§ 205a) genügt ist. Dies ist der Sinn der Bemerkung von Hahn im letzten Satze der Anm. 3b zu § 195.

b) Wenn die Satzung nach § 191 Abs. 1 RVO. Krankengeld allgemein für Sonn- und Feiertage zubilligt, so ist das eine Mehrleistung im Sinne des § 179 Abs. 3, die den erwerbslos Ausgeschiedenen nicht gewährt werden darf, weil diese unter den Voraussetzungen des § 214 nur Anspruch auf die Regelleistungen haben. Auch durch die Satzung kann nicht bestimmt werden, daß jene Mehrleistung auch im Falle des § 214 gewährt wird.

Gewährung der von Naturheilkundigen verordneten Heilmittel.

10. **Nach Gmünd.** Antwort: Der Kasse ist nicht das Recht gegeben, die Gewährung von Heilmitteln deswegen abzulehnen, weil sie nicht von einem Arzt verordnet sind. Ist ihre Anwendung zur Heilung oder Linderung der Krankheit erforderlich, so hat der Versicherte auf sie Anspruch. Allerdings muß sich die Kasse von der Notwendigkeit der Anwendung überzeugen, und sie kann als hinreichenden Nachweis auch die Verordnung eines Naturheilkundigen, dem sie die nötige Sachkunde zutraut, gelten lassen. Das setzt selbstverständlich eine pflichtmäßige Prüfung voraus, und eine besondere Vorsicht mag dringend zu empfehlen sein. An der grundsätzlichen Zulässigkeit aber kann unseres Erachtens auch der mit den Ärzten oder einer Ärztevereinigung abgeschlossene Vertrag nichts ändern. Denn die Kasse ist schlechtweg zur Gewährung der notwendigen Krankenpflege verpflichtet, zu der ja auch die Anwendung von Heilmitteln gehört. Diese Verpflichtung, die auf Gesetz beruht, kann durch Sonderabmachung nicht beschränkt werden.

Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes von Saisonarbeitern.

11. **Nach Bad W.** Antwort: Soweit der Jahresarbeitsverdienst die Versicherungspflicht bestimmt (§ 165 Abs. 2 RVO.), ist derjenige Arbeitsverdienst maßgebend, der tatsächlich oder voraussichtlich im Jahre erzielt wird. Steht fest, daß die Beschäftigung, die für die Versicherungspflicht bestimmend ist, nur während einer bestimmten Zeit im Jahre ausgeübt wird, wie es bei den Mitgliedern einer Kurkapelle der Fall ist, so ist nicht etwa als Jahresarbeitsverdienst das Zwölffache eines während der Saison verdienten Monatsverdienstes anzunehmen, sondern der tatsächlich oder voraussichtlich während der Saison erzielte Verdienst. Anders freilich ist die Rechtslage, wenn zwar jemand nur für eine bestimmte Saison angenommen ist, aber mit einiger Sicherheit damit gerechnet werden kann, daß er auch in der übrigen Zeit eine Beschäftigung gegen Entgelt ausüben wird. In solchen Fällen, die wohl die Regel bilden dürften, hat die Umrechnung auf das ganze Jahr stattzufinden (vgl. Auskunft in der ArbVers. 1919 S. 339 Ziff. 1).

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Str. 12.
Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., in Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

Heft 1322 der ganzen Folge.

38. Jahrgang | 11. Juli 1921 | Heft 20

Die Festsetzung der Ortspreise für die Sachbezüge nach § 160 RVO.

Von Hans Süß, Verwalter der Allg. Ortskrankenkasse Weißenburg i. B.

In der sozialen Versicherungsgesetzgebung bildet der Lohn, der „Entgelt" (§ 160 RVO.), eine der hauptsächlichsten Versicherungsgrundlagen. Nach dem Entgelt bestimmt sich vielfach die Versicherungspflicht und die Versicherungsberechtigung. Er ist vor allem maßgebend für die Höhe der Beiträge und der Leistungen. Versicherte und Versicherungsträger sind daher an der richtigen Feststellung des verdienten Entgelts in hohem Maße interessiert. Soweit sich der Entgelt aus baren Geldbezügen zusammensetzt, stößt diese Feststellung nur in Ausnahmefällen auf Schwierigkeiten, so besonders dann, wenn es sich um Bezüge handelt, die nicht fest vereinbart sind oder den Versicherten nicht immer gleichmäßig zufließen (Akkordlöhne, Trinkgelder, Gewinnanteile usw.). Bei ehrlicher Handlungsweise und gutem Willen aller Beteiligten sind aber auch diese Schwierigkeiten verhältnismäßig leicht zu überwinden. Schwierigkeiten infolge betrügerischer Machenschaften kann nur durch Strafvorschriften begegnet werden, die denn auch in der Reichsversicherungsordnung für den Fall der falschen Lohnangabe durch die Arbeitgeber mehrfach vorgesehen sind (§§ 530, 908, 1043, 1220). Wesentlich erleichtert ist die Feststellung des baren Entgelts durch die Einführung des Achtstundentages sowie auch dadurch, daß die tarifliche Lohnvereinbarung bei den verschiedenen Betrieben und Berufsgruppen mehr und mehr Eingang gefunden hat.

Anders steht es mit den Sachbezügen. Hier ist die Feststellung schon an sich schwieriger, weil die verschiedensten Arten von Sachbezügen als Entgelt in Betracht kommen. Besondere Schwierigkeiten aber bietet die Wertsermittlung für die Sachbezüge. Daß diese Schwierigkeiten in der Hauptsache durch die unzweckmäßige gesetzliche Regelung der Wertsermittlung (§ 160 Abs. 2 RVO.) veranlaßt sind, ist in der Literatur bereits häufig festgestellt worden (zu vergl. insbesondere die verdienstvollen Arbeiten von Kleeis in ArbVers. 1915 S. 793, 1920 S. 422, Monatsschrift f. Arb. u. Angest. Vers. 1917 S. 610, ferner Schneider, Zentralbl. der Reichsvers. 1920 S. 33). Auch sind dafür Beweis die wiederholten Versuche von Verbänden der Versicherungsträger, wenigstens eine den Bedürfnissen der Praxis entsprechende Handhabung der gesetzlichen Bestimmungen zu erreichen (Amtl. Nachr. des RVA. 1903 S. 357, ArbVers. 1916 S. 274). Besonders deutlich kommt das Unzweckmäßige der jetzigen gesetzlichen Regelung in der Wirkung in der Praxis zum Ausdruck. In der Unfall- und in der Invalidenversicherung macht sich diese Wirkung weniger geltend. Bei der gewerblichen Unfallversicherung handelt es sich nur in Ausnahmefällen um Lohnsachbezüge; in der landwirtschaftlichen und See-Unfallver-

Digitized by Google

sicherung sind für die große Masse der Versicherten Durchschnittslöhne festgesetzt, so daß auch hier Einzelermittlungen des Wertes von Lohnsachbezügen zu den Seltenheiten gehören (§§ 936, 1067 RVO.). Die Invalidenversicherung fußt in der Hauptsache auf den von den Krankenkassen festgesetzten Grundlöhnen (§ 1246). In der Krankenversicherung aber muß der Lohn und demnach auch der Wert der Sachbezüge abgesehen von den Ortslohnversicherten in jedem Fall besonders ermittelt werden; bei ihr zeigt sich daher die Wirkung der unsachgemäßen gesetzlichen Regelung der Wertsermittlung am deutlichsten. Eine der hauptsächlichsten Wirkungen ist die der unzureichenden Festsetzung des Sachwertes. Bei den Versicherungsämtern hat von jeher die Neigung bestanden, die Sachbezugswerte möglichst niedrig festzusetzen; sie lassen sich dabei sichtlich mehr von Rücksichten auf die Arbeitgeber, als von Rücksichten auf die Versicherten und die Versicherungsträger leiten. Während des Krieges und nach ihm hat diese Neigung besonders darin ihren Ausdruck gefunden, daß die Versicherungsämter bei der Wertfestsetzung für die Sachbezüge der mehr und mehr zunehmenden Teuerung nur zögernd gefolgt sind, so daß wohl alle Landesregierungen genötigt waren, die Versicherungsämter wiederholt an ihre Pflicht zu erinnern. Aber auch diese Erlasse der Zentralbehörden haben nur wenig Erfolg gehabt. Die Versicherungsämter haben zwar daraufhin williger als zuvor die Frage der Neufestsetzung geprüft, sie haben sich jedoch mehr und mehr die Gepflogenheit zu eigen gemacht, ihre Stellungnahme zu der Frage von der Stellungnahme der benachbarten Versicherungsämter abhängig zu machen. Kein Versicherungsamt will aus naheliegenden Gründen über die Ortspreise der Nachbarbezirke wesentlich hinausgehen. Da nun aber kein Versicherungsamt, besonders in den Landbezirken, die Ortspreise auch nur annähernd der Teuerung entsprechend festgesetzt hat, so wirkt sich das Ergebnis der von dem einzelnen Versicherungsamt veranlaßten Rundfrage regelmäßig dahin aus, daß die Neufestsetzung weit hinter dem Notwendigen zurückbleibt.

Wie unhaltbar die Zustände in dieser Hinsicht zur Zeit sind, mögen die Verhältnisse der von mir verwalteten Kasse zeigen. Sie zählt rund 5000 Mitglieder; hiervon sind etwa 4500 Pflichtversicherte, für die die Festsetzung des Grundlohnes individuell nach dem wirklich verdienten Lohn zu erfolgen hat. Zur Hälfte handelt es sich hierbei um bargelohnte Industriearbeiter, zur Hälfte um Hausbedienstete und landwirtschaftliche Beschäftigte, die als Hauptentgelt freie Kost und Wohnung erhalten. Während nun die Barlöhne für die Industriearbeiter allmählich auf über 30 M. täglich in die Höhe gegangen sind (im Frieden 3 M.), so daß für diese Arbeitergruppe fast durchweg auch der Grundlohn in der höchsten Klasse (30 M.) festgestellt werden konnte, standen die Grundlöhne für die andere Arbeitergruppe bis zum Jahre 1920 noch auf 4 bis 6 M. (d. i. das Zwei- bis Dreifache des Friedensgrundlohnes!); erst mit Beginn des Jahres 1920 haben sie das Vier- bis Sechsfache des Friedensbetrages (2 M.) nämlich den Betrag von 8 bis 12 M. erreicht. Vergleicht man damit die Entwicklung der Wertberechnung für die Sachbezüge seit dem Jahre 1914 so hat man ohne weiteres die Erklärung für diese ungleichmäßige Entwicklung der Grundlöhne. Im Jahre 1914 waren die Ortspreise für Kost und Wohnung durchschnittlich auf 1 M. festgesetzt. Bis zum Schlusse des Jahres 1920 bewegte sich dieser Durchschnitt bei 3 M. Erst mit dem 1. Januar 1921 ist er bei 5 M. angelangt. Die Industriearbeiterlöhne sind also auf das 10fache gestiegen. Für die den Hausbediensteten und landwirtschaftlichen Beschäftigten als Hauptentgelt gewährte Kost und Wohnung soll sich aber der Wert nur auf das 5fache gehoben haben. Daß dies nicht richtig sein kann, zeigt schon ein Blick auf die Teuerungszahlen, die die Statistiken ausweisen; danach sind alle Lebens-

Digitized by Google

mittel seit 1914 durchweg mindestens 10mal so teuer geworden. Es ergibt sich dies aber auch daraus, daß der Bargelohnte trotz der Erhöhung auf das Zehnfache des Friedenslohnes immer noch über das Unzureichende der jetzigen Entlohnung klagt; wäre für die Kost und Wohnung nur das Fünffache des Friedensaufwandes erforderlich, so würde diesen Klagen nicht nur die Berechtigung zu versagen, sondern außerdem zu folgern sein, daß die Arbeiterlöhne das Maß des Notwendigen weit übersteigen.

Die so sehr unzureichende Festsetzung des Wertes der Sachbezüge wirkt nach zwei Richtungen. Zunächst gegen die Versicherten: Die mit Kost und Wohnung gelohnten Versicherten erhalten heute noch ein Durchschnittskrankengeld von 35 M., die bargelohnten Industriearbeiter dagegen ein solches von 105 M. wöchentlich, also den dreifachen Betrag. Dann aber auch gegen die Kassen, denen dadurch die Möglichkeit genommen ist, die Versicherungslasten im Sinne des Gesetzes zu verteilen. Zwar unterscheidet sich die soziale Versicherungsgesetzgebung gerade dadurch von den kapitalistischen Versicherungseinrichtungen, daß sie die Versicherungslasten auf die verschiedenen Beteiligten nach dem Maße ihrer Leistungsfähigkeit, nicht nach dem Verhältnis des Aufwandes verteilt; der Lohn, nicht der Aufwand ist als Maßstab für die Beiträge genommen. Abgesehen von den nach dem Grundlohn bemessenen Barleistungen wird daher ein Versicherter mit einem höheren Grundlohn in stärkerem Maße zur Tragung der Versicherungslasten (vor allem der Kosten der ärztlichen Behandlung, der Krankenhauspflege, der Verwaltung usw.) herangezogen, als der nach einem niedrigeren Grundlohn Versicherte. Dabei hat aber der Gesetzgeber sicher vorausgesetzt, daß die Leistungsfähigkeit, d. h. der Lohn richtig ermittelt ist. Ist die Lohnfeststellung falsch — und das trifft nach dem oben Dargelegten auf die Wertsermittlung für die Sachbezüge zu —, dann entspricht die Lastenverteilung nicht der gesetzlichen Absicht; sie ist ungerecht. Bei der mir unterstellten kleinen Kasse brachten die Beiträge für die Hausbediensteten und die landwirtschaftlichen Beschäftigten im Jahre 1920 fast 100 000 M. weniger ein, als für diese Versicherungsgruppe aufgewendet werden mußte, obwohl entsprechend den niedrigen Grundlöhnen die Barleistungen so völlig unzureichend waren; dieser Mehraufwand mußte aus den Beiträgen der Industriearbeiter gedeckt werden. Dabei hat meine Kasse noch insofern günstige Verhältnisse, als den mit Sachlohn abgefundenen Versicherten eine entsprechend große Gruppe von bargelohnten Industriearbeitern gegenübersteht. Je mehr bei einer Kasse die bargelohnte Arbeiterschaft hinter die Sachgelohnten zurücktritt, desto größer wird der Ausfall bei den Sachgelohnten sein und desto mehr werden die bargelohnten Arbeiter zur Deckung dieses Ausfalles herangezogen werden müssen.

Zu diesen in sachlicher Hinsicht ungesunden Wirkungen, die besonders augenfällig geworden sind seit der Erhöhung der Grundlöhne durch das Gesetz vom 30. 4. 20, kommen erhebliche Erschwerungen der Wertsermittlung in formeller Hinsicht, die teils durch das Gesetz, teils durch eine auf die Bedürfnisse der Praxis wenig Rücksicht nehmende Gesetzesauslegung veranlaßt sind (zu vergl. insbesondere die bereits erwähnten Arbeiten von Kleeis und Schneider).

Für jeden Praktiker ist es klar, daß diese Zustände nicht weiter bestehen bleiben können; für die allgemeinen Kassen in der Provinz ist die sachgemäße Regelung der Wertsermittlung für die Sachbezüge nachgerade zu einer Lebensfrage geworden. Wenn nun versucht werden soll, den Weg für eine zweckmäßige Regelung der Angelegenheit zu zeigen, so wird dabei am besten davon ausgegangen, was in der Sache bisher durch Gesetz, Literatur und Praxis zutage gefördert worden ist.

Nach § 160 Abs. 2 RVO. setzt das Versicherungsamt die Ortspreise fest. Da die Beiziehung von Versicherungsvertretern

Digitized by Google

nicht ausdrücklich bestimmt ist (§ 40 RVO.), ist unter dem Versicherungsamt der Vorsitzende des Amtes zu verstehen. Dem Versicherungsamtmann ist nicht einmal zur Pflicht gemacht, vor der Festsetzung der Ortspreise Beteiligte zu hören, wie es z. B. für die Festsetzung der Ortslöhne § 149 RVO. vorschreibt. Er kann vielmehr die Ortspreise nach völlig freiem Ermessen festsetzen. Das Versicherungsamt wird zwar zumeist vor der Festsetzung der Ortspreise die Meinung Beteiligter und Sachkundiger einholen, schon um dem Vorwurf pflichtwidriger Geschäftsführung zu begegnen. Die endgültige Festsetzung der Ortspreise erfolgt aber immer nur durch eine Person, durch den Versicherungsamtmann, so daß die Möglichkeit der Festsetzung von einem einseitigen Standpunkt aus nahe liegt. Demgegenüber ist in der Literatur in Übereinstimmung mit den Bedürfnissen der Praxis gefordert, daß zu der Festsetzung der Ortspreise Versicherungsvertreter usw. zuzuziehen sind (Kleeis, ArbVers. 1915 S. 793ff, 1920 S. 421ff, Zentr.Bl. der Reichsvers. 1918 S. 151, Schneider, ZentrBl. 1921 S. 33).

Nach der Fassung des § 160 Abs. 2 RVO. muß man annehmen, daß die Festsetzung der Ortspreise nicht für den einzelnen Fall, sondern allgemein zu erfolgen hat. Denn die Bestimmung unterscheidet zwei Vorgänge: die Berechnung des Wertes nach den Ortspreisen und die Festsetzung der Ortspreise. Die Berechnung des Wertes nach den Ortspreisen ist augenscheinlich dem Versicherungsträger überlassen und ist von Fall zu Fall vorzunehmen; die Festsetzung der Ortspreise dagegen soll unabhängig vom einzelnen Fall, also allgemein und ein für allemal durch das Versicherungsamt erfolgen. In Übereinstimmung mit dieser Auffassung hat das Reichsversicherungsamt in einer Rev. Entsch. vom Jahre 1898 (Amtl. Nachr. S. 396) ausgesprochen, es entspreche den Absichten des Gesetzgebers am meisten, wenn für jede vorkommende Sachleistung im voraus und ein für allemal der Geldwert bestimmt wäre, so daß alle von der Höhe des Lohnes abhängenden Punkte von Anfang an in einer für alle Beteiligten klar erkennbaren Weise und gleichmäßig geregelt sein würden. In einem Bescheid vom Jahre 1903 (Amtl. Nachr. S. 357) hat es diesen Standpunkt jedoch aufgegeben und ausgesprochen, daß in der Regel eine Festsetzung der Ortspreise nur von Fall zu Fall nach Bedarf herbeizuführen sei, da die in Betracht kommenden Sachbezüge sehr zahlreich und ihrem Gegenstande nach außerordentlich mannigfaltig seien. Unter der Geltung der RVO. hat es zwar in einem Bescheid vom 22. 12. 15 (Arb. Versorg. 1916 S. 274) ausgesprochen, daß es zweckmäßig und jedenfalls — vorbehaltlich einer instanziellen Entscheidung im Beitrags- und Rentenstreitverfahren über die Gültigkeit der Festsetzung — nicht zu beanstanden sein möge, wenn die Ortspreise für gewisse, häufig vorkommende Sachbezüge allgemein festgesetzt würden; es hat aber gleichzeitig erklärt, daß die Ortspreise in der Regel von Fall zu Fall festzusetzen seien und daß daher die Versicherungsämter nicht angewiesen werden könnten, allgemeine Festsetzungen zu treffen. Die Kommentare registrieren zumeist den Bescheid vom Jahre 1903, erkennen also den darin vertretenen Standpunkt als zutreffend an (Stier-Somlo Bd. 1 S. 236; Hahn Bd. 1 S. 154). Anderer Meinung scheint nur Lehmann zu sein; denn er reiht in seiner Abhandlung „Über den Begriff der Entscheidung nach § 1780 usw." (Monatsschr. Arb. Angest. Vers. 1918 S. 161 Ziff. III, 4) die Festsetzung der Ortspreise unter die auf die „Normenbildung" bezüglichen Verwaltungsakte ein, setzt also wohl die Geltung der Festsetzung für mehrere gleichgeartete Fälle voraus. — Die Vertreter der Praxis fordern ausnahmslos die Festsetzung der Ortspreise im allgemeinen, natürlich unter Beschränkung der allgemeinen Festsetzung auf häufig wiederkehrende, ihrer Natur nach gleiche oder ähnliche Bezüge (besonders Kost und Wohnung). Für seltenere Bezüge und für Be-

Digitized by Google

züge, die sich ihrer Natur nach nicht in ein Schema bringen lassen (z. B. Landnutzungen), verbietet sich eine allgemeine Festsetzung der Ortspreise von selbst. (Vgl. die mehrerwähnten Äußerungen von Kleeis, Schneider usw., ferner Seelmann, Vers. Bote 1914 S. 146/7). Zu einer besonderen, aus der Praxis geborenen beachtenswerten Auffassung, die allerdings mit dem Willen des Gesetzgebers nicht in Einklang zu bringen sein dürfte, kommt Knieling (Vers.Bote 1914 S. 234). Er gibt dem Bescheid Nr. 1991 vom Jahre 1903 folgenden Sinn: „Die Festsetzung kann nicht im voraus für alle möglicherweise einmal in Betracht kommenden Sachbezüge verlangt werden, sondern wird jedesmal herbeizuführen sein, wenn ein neuer Gegenstand des Sachbezugs in die Erscheinung tritt, für den bis dahin für den betreffenden Ort noch kein maßgebender „Ortsdurchschnittspreis" festgesetzt ist. Ist diese Feststellung aber einmal erfolgt, dann gilt sie nicht nur für den betr. Einzelfall, sondern muß, wie schon der Ausdruck „Ortsdurchschnittspreis" deutlich sagt, allgemeine Geltung für den betreffenden Ort (oder mehrere Orte — Kreis) haben. Die unpraktischen Sonderfestsetzungen sollen nach dem klaren Wortlaut der Gesetze zugunsten dieser durchschnittlichen Festsetzung möglichst ausgeschaltet werden. Besonders der in der RVO. und dem AVG. verwendete Ausdruck „Ortspreise" läßt keinen Zweifel darüber, daß stets in allen Fällen derjenige Preis festgesetzt und allgemein maßgebend sein soll, den der betr. Gegenstand des Sachbezugs in dem betr. Orte im allgemeinen wert ist und der dafür bezahlt zu werden pflegt." Diese auf einen vernünftigen Ausgleich zwischen der unzweckmäßigen gesetzlichen Regelung und den Bedürfnissen der Praxis hinzielende Stellungnahme beleuchtet zugleich, wie unnötig eine Sonderfestsetzung für die häufig wiederkehrenden Sachbezüge ist: Eine ins einzelne gehende Prüfung der Verhältnisse werden die Versicherungsämter regelmäßig nur bei der ersten Festsetzung des Ortspreises eintreten lassen. Bei allen Wiederholungen aber werden sie sich mit der formellen Festsetzung auf den bei der ersten Festsetzung ermittelten Betrag begnügen.

§ 160 RVO handelt von der Berechnung des Entgelts des Versicherten. Der Entgelt bildet, wie bereits eingangs erwähnt, die Grundlage für die Berechnung der Beiträge und der Leistungen. Die Versicherungsleistungen sollen dem Versicherten, besonders in der Kranken- und in der Unfallversicherung, den tatsächlichen Verdienstausfall in gewissen Grenzen ersetzen. Danach ist es klar, daß die Sachbezüge mit dem Wert zu berechnen sind, den sie für den Versicherten haben, nicht mit dem Wert, der den Gestehungskosten des Arbeitgebers entspricht. (Meinel, Monatsschr. für Arb. u. Angest. Vers. 1916 S. 273; Kleeis, Arb. Vers. 1915 S. 794; Schneider, Zentr. Bl. 1921 S. 36.) Von den Versicherungsämtern wird dies vielfach verkannt. Sie legen der Festsetzung der Ortspreise zumeist den Erzeugerwert zugrunde, der bei der häufigsten Sachleistung, der Kost, besonders bei den Landwirten wesentlich niedriger ist als der den Wert für den Versicherten darstellende Kleinhandelswert.

Nach der bestimmten Fassung des § 160 muß angenommen werden, daß der Wert der Sachbezüge in allen Fällen, also auch wenn unter den Beteiligten Übereinstimmung über den Wert besteht, vom Versicherungsamt festzusetzen ist. Es erscheint dies auch um deswillen angezeigt, weil sonst leicht Willkürlichkeiten bei der Wertfestsetzung Platz greifen könnten. Meinel vertritt a. a. O. wohl mit Unrecht die Meinung, daß das Versicherungsamt nur bei Zweifel über den Wertanschlag um die Festsetzung anzugehen sei.

An die Festsetzung der Ortspreise durch das Versicherungsamt sind die Versicherungsträger und die Beschluß- und Spruchinstanzen bei Beitrags- und Leistungsstreitigkeiten gebunden (Amtl. Nachr. des RVA. 1898 S. 396, ArbVers. 1915 S. 794). Wenn

Digitized by Google

in dem Bescheid des RVA. vom 22. 12. 15 an eine „instanzielle Entscheidung im Beitrags- und Rentenstreitverfahren über die Gültigkeit der Festsetzung" gedacht ist, so soll damit nur gesagt sein, daß die Beschluß- und Spruchinstanzen das Recht haben, die formelle, nicht die sachliche Richtigkeit der Festsetzung nachzuprüfen; gibt diese Nachprüfung Anlaß zu Beanstandungen, so können nicht die Instanzen selbst Abhilfe schaffen, sondern sie müssen die richtige Festsetzung durch das Versicherungsamt veranlassen. (Stier-Somlo a. a. O., Hahn a. a. O.) Mit dieser Regelung können sich auch die Beteiligten, vor allem die Versicherungsträger zufrieden geben.

Dafür müssen aber die Versicherungsträger fordern, daß ihnen das Recht der Antragstellung und weiter das Recht der Beschwerde bei unzureichender Festsetzung in einem besonderen Verfahren eingeräumt wird. Nach der derzeitigen Regelung erscheint es zum mindesten zweifelhaft, ob die Festsetzung des Versicherungsamts durch Antrag und gegebenenfalls Beschwerde des Versicherungsträgers erzwungen werden kann. Zwar wird bei der ersten Festsetzung der Ortspreise immer eine Anregung des Versicherungsträgers vorausgehen, und das Versicherungsamt wird dieser Anregung entsprechen müssen. Ändern sich aber die Wertverhältnisse, so daß nach Auffassung des Versicherungsträgers eine neue Festsetzung der Ortspreise nötig ist, so scheint nach dem zur Zeit geltenden Recht das Versicherungsamt nicht gehindert, etwaige Anregungen des Versicherungsträgers einfach unbeachtet zu lassen. Ist dem so, dann könnten die Versicherungsträger auch nicht das Recht für sich in Anspruch nehmen, die Festsetzung selbst (wegen Unzulänglichkeit usw.) mit Beschwerde anzufechten. Die Frage, ob gegen die Festsetzung Rechtsbeschwerde zulässig ist, hängt davon ab, ob es sich bei der Festsetzung um eine Entscheidung im Sinne des § 1780 RVO. handelt Hahn (Monatsschr. Arb. u. Angest. Vers. 1915 S. 37 ff) erblickt, teilweise anknüpfend an eine Entscheidung des RVA. (Nr. 2753 AN. 1914 S. 719), das Merkmal einer Entscheidung im Sinne der erwähnten Bestimmung darin, daß sie unmittelbar, kraft der in ihr sich ausdrückenden staatlichen Autorität, Rechtsverhältnisse, Rechte oder Verpflichtungen feststellt oder auch begründet, verändert, aufhebt. Die angeführte Entscheidung nimmt eine beschwerdefähige Entscheidung jedenfalls dann an, wenn die Entscheidung nach außen hin wirkt. Danach würde die tief in die Rechte und Pflichten der Arbeitgeber und der Versicherten (bei der Feststellung der Leistungen und der Beiträge) eingreifende Festsetzung der Ortspreise unbedingt als Entscheidung im Sinne des § 1780 anzusehen und demnach auch durch Rechtsbeschwerde anfechtbar sein. Stier-Somlo bezeichnet jedoch die Festsetzung als endgültig und erachtet Rechtsmittel nicht für zulässig. (Komm. Bd. 1 S. 236.) Ebenso Seelmann (Vers.Bote 1914 S. 146/7). Besonders aber tritt Lehmann in überzeugenden Ausführungen (Monatsschr. Arb. u. Angest. Vers. 1918 S. 161) der Hahnschen Begriffsbestimmung entgegen. Er läßt als beschwerdefähige Entscheidung neben Streiturteilen nur obrigkeitliche Anordnungen gelten, worunter er wieder die amtlichen Entscheidungen über Rechtsverhältnisse und Rechtsfragen (z. B. über Gültigkeit einer Wahl, Stimmberechtigung, Enteignung) und die Vollziehungs- oder Gestaltungsverfügungen versteht, die den Einzelfall oder eine Summe von Einzelfällen zu ordnen bestimmt sind und entweder die allgemeinen Untertanenpflichten gegenüber Ungehorsam zur Geltung bringen oder die gesetzlichen Anordnungen, zu deren Vollziehung eine Mitwirkung der Behörde erforderlich ist, in bestimmte individuell abgegrenzte öffentliche Pflichten oder Ansprüche der Bürger gegen Staat oder Gemeinde ausprägen. Die bloß tatsächlichen und die privatrechtlichen Handlungen der Versicherungsbehörden schließt er von dem Begriff der beschwerdefähigen Entscheidung aus, ferner auch die Akte der Versicherungsbehörden und der Versicherungsträger,

Digitized by Google

die sich auf die Normenbildung beziehen. Zu den letzteren zählt er u. a. ausdrücklich auch die Festsetzung der Ortspreise durch das Versicherungsamt, wobei er allerdings nicht an eine Festsetzung von Fall zu Fall, sondern an eine allgemeine Festsetzung zu denken scheint. Von einer grundsätzlichen Stellungnahme des RVA. zu dieser Bestimmung des Entscheidungsbegriffs ist mir nichts bekannt. Auch ist meines Wissens nirgends der Versuch gemacht worden, speziell die Frage der Beschwerdefähigkeit der Ortspreisfestsetzung zur Entscheidung zu bringen.

Zusammenfassend kann demnach gesagt werden, daß sowohl die gesetzliche Regelung, als auch die Stellungnahme der Rechtsprechung und der Gesetzesauslegung unzweckmäßig und zum Teil auch unklar ist. Damit ist der Weg für eine bessere Gestaltung der Dinge gewiesen: Zunächst muß die Rechtsprechung den derzeitigen Rechtszustand klarstellen, dann aber muß unbedingt eine neue gesetzliche Regelung erfolgen.

A. Klärung durch die Rechtsprechung. — Sie muß herbeigeführt werden über folgende Fragen:

1. ob und in welchen Fällen eine allgemeine Festsetzung der Ortspreise zulässig ist;

2. ob die Festsetzung der Ortspreise durch das Versicherungsamt in allen Fällen, also auch dann zu veranlassen ist, wenn unter den Beteiligten über die Wertberechnung Übereinstimmung besteht;

3. ob die Festsetzung der Ortspreise durch das Versicherungsamt eine durch Rechtsbeschwerde anfechtbare Entscheidung im Sinne des § 1780 RVO. darstellt, und zwar sowohl dann, wenn es sich um eine allgemeine Festsetzung, als auch dann, wenn es sich um eine Festsetzung im einzelnen Fall handelt.

B. Änderung des Gesetzes. — Sie muß folgende Forderungen der Praxis berücksichtigen:

1. Den Beteiligten, vor allem den Versicherungsträgern, muß ein formelles Antragsrecht eingeräumt werden. Daneben soll dem Versicherungsamt zur Pflicht gemacht werden, die Ortspreise von selbst festzusetzen und von Zeit zu Zeit nachzuprüfen. Die Bestimmungen könnten in dieser Hinsicht ähnlich gefaßt werden, wie z. B. diejenigen des § 475 RVO., der von der Festsetzung des Wertes der Roh- und Hilfsstoffe für die Hausgewerbetreibenden handelt.

2. Die Festsetzung hat durch den Beschlußausschuß zu erfolgen, nachdem zuvor die beteiligten Arbeitgeber und Versicherten und vor allem auch die Versicherungsträger gehört worden sind.

Dabei sei ausdrücklich betont, daß die Anhörung der Arbeitgeber und der Versicherten nicht genügt; denn auf diese Weise kann man unter den heutigen Verhältnissen unmöglich zu einem brauchbaren Ergebnis kommen. Die Arbeitgeber, besonders die Landwirte, übernehmen vielfach die Verpflichtung, sowohl die vollen Versicherungsbeiträge, als auch die Steuer für ihre hauptsächlich mit Sachleistungen gelohnten Beschäftigten zu bezahlen; sie werden daher ihre Wertangaben so niedrig halten als es nur irgend geht. Die Nächstbeteiligten aber, die Versicherten, begünstigen die möglichst niedrige Festsetzung der Ortspreise, um von den Arbeitgebern einen um so höheren Barlohn fordern zu können; das ist dem Verfasser sogar von führenden Persönlichkeiten des sozialistischen Landarbeiterverbandes zugestanden worden. Aus diesen Gründen wäre auch eine Regelung, wie sie das Gesetz betr. Änderungen in der Unfallversicherung vom 11. 4. 21 für die Festsetzung des Jahresarbeitsverdienstes für landwirtschaftliche Arbeiter vorsieht — Berücksichtigung der in den Tarifen festgesetzten Werte für Sachbezüge — wenigstens zur Zeit nicht wünschenswert.

3. Die Festsetzung muß möglichst einheitlich für größere Bezirke erfolgen. Dazu sollte dem Versicherungsamt die Pflicht auferlegt werden, jede allgemeine Festsetzung von Ortspreisen — nur auf solche bezieht sich natürlich der Vorschlag — dem Oberversicherungsamt mitzuteilen, dem das Recht und die Pflicht übertragen werden sollte, zur Abgleichung der Ortspreise in seinem Bezirk die einzelnen Versicherungsämter zur

Digitized by Google

Anpassung der Ortspreise an die jeweiligen Preisverhältnisse anzuhalten. Wünschenswert wäre es, wenn dieses Abgleichungsverfahren sogar noch weiter auf Provinzen und Staaten ausgedehnt würde, im Hinblick auf die Grenzbezirke und besonders auf die Großstädte, für die es in den kleineren Oberversicherungsamtsbezirken nicht immer Vergleichsmöglichkeiten geben wird. (Vgl. besonders die Äußerung des Versicherungsamts München bei Kleeis, Monatsschr. 1917 S. 611.)

4. Die allgemeine Festsetzung der Ortspreise für häufig wiederkehrende, ihrer Natur nach gleiche oder ähnliche Sachbezüge ist im Gesetz vorzuschreiben und nicht — wie nach der derzeitigen Rechtslage — dem Belieben der Versicherungsämter zu überlassen.

5. Den Beteiligten, vor allem den Versicherungsträgern, muß das Recht eingeräumt werden, sowohl bei nicht entsprechender Festsetzung der Ortspreise, als auch bei Ablehnung einer beantragten Neufestsetzung Beschwerde zum Oberversicherungsamt zu erheben, wofür die Verhandlung in der Beschlußkammer (evtl. mündlich — § 42 III d. Kais. Verordn. über das Verfahren vor den OVA.) vorzusehen ist.

6. Größte Beschleunigung des Verfahrens ist im Gesetz selbst zur Pflicht zu machen. Die Stellungnahme des Oberversicherungsamts, auch auf Beschwerde, sollte tunlichst innerhalb zweier Monate erfolgen; hierauf wäre bei der Festsetzung des Zeitpunktes für den Beginn der Wirkung der Neufestsetzung durch das Versicherungsamt Rücksicht zu nehmen.

Da der hier vorgeschlagene Weg zur Abhilfe ein sehr langwieriger, anderseits aber die Angelegenheit vordringlich ist, sollten außerdem die Landeszentralbehörden erwägen, ob sie nicht schon jetzt im Rahmen ihrer Befugnisse an die Versicherungsämter entsprechende Weisungen hinausgeben sollten, die sich nicht wie die früheren mit allgemein gehaltenen Auslassungen begnügen, sondern unter Berücksichtigung von Gesetz, Rechtsprechung und Praxis möglichst ins einzelne gehende Richtlinien geben.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Beschäftigungsort beim Mangel einer „festen Betriebsstätte".

Rev. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 24. Februar 1921 (2622 Amtl. Nachr. 1921 S. 264).

Die Feststellung des Oberversicherungsamts, daß A. als Beschäftigungsort des verstorbenen Versicherten zu gelten hat, erweist sich im Ergebnis als zutreffend. Maßgebend ist hierfür allerdings nicht die Vorschrift des § 154 RVO., wie das Oberversicherungsamt unzutreffend annimmt. § 154, wonach als Beschäftigungsort der Sitz des Betriebes gilt, ist nur anwendbar bei Beschäftigungsverhältnissen ohne feste Betriebsstätte. Wie die Begr. zum Entw. der RVO. (S. 76, 77), aus dem (§ 166 des Entw.) diese Vorschrift unverändert in das Gesetz übergegangen ist, ausführt, soll sie nur da gelten, wo wegen der kurzen Dauer und des geringen Umfanges der Einzeltätigkeiten überhaupt keine feste Arbeitsstätte angenommen werden kann. Damit steht im Einklang die Erklärung eines Kommissars des Bundesrats bei den Kommissionsberatungen (Komm. Ber. I S. 258), daß ohne diese Vorschrift in allen Fällen, in denen der Unternehmer keine feste Betriebsstätte habe, sondern z. B. alle auswärtigen Arbeiter von seiner Privatwohnung oder einem Kontor aus leite, für die bald hier bald da Beschäftigten ein unerträglicher Wechsel in der Kassenmitgliedschaft eintreten werde. Hiernach sind also Beschäftigungsverhältnisse ohne feste Betriebsstätte im Sinne des § 154 RVO. solche, bei denen nicht nur der Arbeiter keinen bestimmten dauernden Ort seiner Beschäftigung, sondern auch der Unternehmer keine feste Arbeits- (Betriebs-) stätte hat, an der er eigentliche Betriebsarbeiten verrichten läßt (Hahn, Handb. der Krankenversf., Anm. 1 zu § 154; Hanow, Kommentar, Bd. I, Anm. 2 zu § 154, Entsch. 2567, Amtl. Nachr. 1920 S. 180). Dies ist vorliegend nicht der Fall, da die Arbeitgeberin in A. eine Papierwarenfabrik besitzt. Dagegen unterliegt es keinem Bedenken, hier A. deshalb als Beschäftigungsort des verstorbenen Versicherten anzusehen, weil er in seiner Eigenschaft als Handlungsreisender von dort aus nur mit einzelnen Arbeiten wechselnd in Bezirken verschiedener Orts- oder Landkrankenkassen beschäftigt war (§ 153 Abs. 3 RVO.). Der Hinweis der Revision auf die Entscheidung 1916 (Amtl. Nachr. 1914 S. 764) ist verfehlt. Dort

Digitized by Google

handelte es sich um die Entscheidung der vom vorliegenden Falle völlig verschiedenen Frage, ob die an verschiedenen Orten ständig beschäftigten Versicherungspflichtigen eines Betriebes bei der für den Betriebssitz zuständigen Ortskrankenkasse und nicht vielmehr bei den verschiedenen Ortskrankenkassen ihres Beschäftigungsorts zu versichern sind. Um eine solche ständige Beschäftigung hat es sich hier nicht gehandelt. Die Feststellung des Oberversicherungsamts bindet hiernach das Revisionsgericht.

Rechtsnatur der Zulage zur Invalidenrente: Ersatz aus der Unfallrente; Verfahren bei Streit über den Ersatzanspruch.

Urteil des **Versicherungsamts Hamburg** vom 20. April 1921 (3303 J. II b).

Die Klägerin (Landesversicherungsanstalt) hat für den Schmiedegesellen Z., der am 29. April 1918 durch einen von der Beklagten (Berufsgenossenschaft) nachträglich anerkannten Betriebsunfall erwerbsunfähig geworden ist, Invalidenrente und Rentenzulage gezahlt. Die Genossenschaft hat ihr dafür Ersatz aus der Unfallrente geleistet, es aber abgelehnt, die Rentenzulage dabei zu berücksichtigen, weil dafür eine gesetzliche Grundlage fehle; denn § 1522 Abs. 3 RVO. beziehe sich nur auf die eigentliche Invalidenrente, nicht auch auf die Zulage. Die Klägerin ist anderer Ansicht, weil die Zulage, wie das Reichsversicherungsamt in der Entsch. Nr. 2487 (Amtl. Nachr. 1918 S. 458) anerkannt habe, denselben rechtlichen Charakter wie die Rente habe und deshalb ebenso zu behandeln sei wie diese selbst.

Das Versicherungsamt hat die Klage abgewiesen aus folgenden Gründen:

Das Versicherungsamt hat sich der Rechtsauffassung der Beklagten anschließen müssen. Es ist nicht anzunehmen, daß das Reichsversicherungsamt in der angeführten Entscheidung den Grundsatz hat aufstellen wollen, daß die Zulage schlechthin Zubehör der Invalidenrente sei und stets deren rechtliches Schicksal teile. Das Gegenteil ergibt sich ja schon aus den §§ 3 bis 6 der Verordnung vom 3. Januar 1918. Es kann auch nicht zweifelhaft sein, daß bei einer Übertragung, Verpfändung oder Pfändung der Rente nicht zugleich auch das Recht auf die Zulage veräußert oder belastet wird, wenn dies nicht ausdrücklich vereinbart oder verfügt wird. Daß die Zulage sich ebenso wie die Rente vererben und daß auch im übrigen ein Rechtsübergang der Zulage auf andere Personen den gleichen allgemeinen Rechtsregeln unterliegen kann, wie die übrigen VersicherungsLeistungen, ist etwas ganz anderes. Diese Rechtsfolgen würden sich aus ihrer Natur als öffentlich-rechtliche Ansprüche aus der Sozialversicherung ergeben. Nur in diesem Sinne wird der Satz der Begründung jener Entscheidung hier verstanden: „Die Zulage hat denselben rechtlichen Charakter wie die Rente, der sie zugelegt wird." Die Zulage hat aber als solche ein gesondertes rechtliches Dasein und folgt wieder ihren eigenen Regeln entsprechend ihrem besonderen Zweck. Die Zulagen sollen die Not der Rentenempfänger lindern. Diesem Zweck widerspräche es, wenn sie infolge einer Übertragung des Rechtes auf die Rente den Rechtsnachfolgern zufließen würde, ohne daß diese ihrerseits entsprechende Mehrleistungen gewährten. Daher geht auch das Reichsversicherungsamt in der Ausführungsbekanntmachung vom 5. Januar 1918 davon aus, daß den Gemeinden, Armenverbänden, Versicherungsträgern in den Fällen der §§ 120 Abs. 2 Satz 2, 1276 Abs. 1 Satz 2, 1277, 1531, 1536, 1541, 1544 RVO. ein Ersatzanspruch auf die Zulage nicht zustehe (vgl. auch die Entscheidungen des RVA. Nr. 2463, 2485, 2486, Amtl. Nachr. S. 356, 457). Die Ausführungsbekanntmachung des Reichsversicherungsamts kann freilich materiellrechtlich die Rechtsverordnung des Bundesrats bzw. der Reichsregierung nicht ergänzen. § 1 Abs. 2 der Ausführungsbekanntmachung ist daher nur rechtsgültig, wenn die Rechtsverordnung die Auslegung des Reichsversicherungsamts rechtfertigt. Da die Verordnung aber im Schoße der Regierung entstanden und deren Berater das Reichsversicherungsamt gewesen ist, so hat die Auslegung des Reichsversicherungsamts die Vermutung für sich, daß sie der Absicht des rechtsetzenden Organs entspricht. In der Verordnung selbst ist auch der Rechtsgedanke in den §§ 3 bis 6 klar zum Ausdruck gekommen, daß es sich um höchstpersönliche und selbständig neben der Rente hergehende Leistungen handelt. Wenn die Landesversicherungsanstalten anderer Ansicht wären, müßten sie die Kinderzuschüsse nach § 1291 RVO. um ein Zehntel der Rentenzulage erhöhen; das tut jedoch auch die Klägerin sicherlich nicht. Auch für die Berechnung nach § 1311 RVO., ob die Invalidenrente neben einer Unfallrente ruht, sind die Zulagen nicht mit zu berücksichtigen, weil sie eben nicht als Rententeile zu betrachten sind und die Reichsversicherungsordnung bei Schaffung dieser Sondervorschrift die zusätzliche Gewährung solcher Teuerungszulagen nicht in Rechnung gezogen hat (vgl. Auskunft der Arbeiter-Versorgung 1919 S. 673 und die Entscheidung des Oberversicherungsamts Bautzen vom 10. Januar 1921, Arbeiter-Versorgung 1921 S. 189).

Da § 1 Abs. 2 der Ausführungsbekanntmachung des Reichsversicherungsamts nur eine Auslegungsbestimmung ohne rechtsetzende Kraft ist, so ist es ferner bedeutungslos, daß hier der § 1522 neben den entsprechenden anderen Vorschriften der Reichsversicherungsordnung nicht mit aufgeführt ist, während alle Zweifel im Wege einer authentischen gesetzlichen Interpretation für die Unfallrentenzulagen durch eine erschöpfende Aufzählung in der Verordnung über die Gewährung von Unfallrentenzulagen vom 5. Mai 1920 (§ 7) beseitigt sind. Letztere Verordnung ist aber auch für die Auslegung der Verordnungen über die Invalidenrentenzulagen von Bedeutung, da die Rentenzulagen durchaus gleichen

Digitized by Google

Rechtscharakter haben und auf gleichem Rechtsgrunde stehen.

Der rechtliche Ausgangspunkt der Klägerin ist also unrichtig, daß die Zulagen zu den Invalidenrenten unbedingt Zubehör der Renten seien und ohne weiteres deren rechtliches Schicksal teilten. Weil dies nicht der Fall ist, konnte auch das Verfahren für die Gewährung der Zulagen besonders und abweichend von den allgemeinen Vorschriften der Reichsversicherungsordnung geregelt werden. Deshalb war auch zu prüfen, ob das Versicherungsamt zur Entscheidung dieser Streitigkeit überhaupt zuständig ist. Denn nach § 7 der Ausführungsbekanntmachung in Verbindung mit § 13 der Verordnung hat das Reichsversicherungsamt bestimmt, daß die Aufsichtsbehörde des Versicherungsträgers über Streitigkeiten wegen der Rentenzulage entscheidet. Die Zulässigkeit dieser Sonderregelung des Verfahrens ergibt sich aus den obigen Erwägungen. Es fragt sich nur, ob es sich bei diesem Ersatzstreit nicht auch nur um eine Streitigkeit wegen der Rentenzulage handelt.

Das Reichsversicherungsamt hat sich in dieser Sache für unzuständig erklärt und das ordentliche Verfahren nach § 1526 RVO. für diesen Ersatzstreit als gegeben erachtet mit der Begründung, daß die Zulage denselben rechtlichen Charakter habe wie die Rente, der sie zugelegt sei, und daß die Sonderbestimmung in § 7 der Ausführungsbekanntmachung sich auf Ersatzstreitigkeiten nicht beziehe. Die gegenteilige Auffassung würde dazu führen, daß bei der Verschiedenheit der entscheidenden Aufsichtsinstanzen sich widersprechende Entscheidungen gefällt werden könnten.

Das zuletzt angeführte praktische Argument schlägt sicher nicht durch, denn sonst hätten ja auch die Entscheidungen über die Zulage selbst nicht den verschiedenen Aufsichtsinstanzen übertragen werden können. Die Zulage hat ihren besonderen Rechtscharakter und das Reichsversicherungsamt war diesseitigen Erachtens völlig frei darin, auf Grund der ihm in § 13 der Verordnung eingeräumten Befugnis, das Verfahren auch für Ersatzstreitigkeiten wegen der Zulagen abweichend vom Verfahren der Reichsversicherungsordnung zu regeln. Es hat das nicht getan, denn unter Streitigkeiten wegen der Zulage sind nur die Streitigkeiten wegen Gewährung der Zulage an den Rentenempfänger zu verstehen. Da das Reichsversicherungsamt die Schöpferin und Rechtsquelle dieser Vorschrift ist, so wird man ihm darin folgen müssen, wenn es erklärt, daß es nicht in seiner Absicht liege, auch die aus dem Recht auf die Zulage sich ergebenden weiteren Streitigkeiten wegen Ersatz für die oder aus der Zulage oder wegen Überweisung der Zulage dem ordentlichen Verfahren zu entziehen, wie das durch § 8 Abs. 5 der Verordnung vom 5. Mai 1920 für die Unfallrentenzulagen geschehen ist. Daß die Bekanntmachung des Reichsversicherungsamts dies nicht ausdrücklich klarstellt, ist natürlich, weil das Reichsversicherungsamt nicht daran gedacht hat, daß Dritte überhaupt einen Anspruch auf die Zulagen geltend machen könnten, ging es doch offenbar davon aus, daß nur die Rentenempfänger selbst die Zulagen erhalten sollten. Da also eine besondere Zuständigkeit der Aufsichtsbehörden durch die Bekanntmachung nicht gegeben ist, so sind die ordentlichen Instanzen der Reichsversicherungsordnung nach § 1526 RVO. zuständig. Denn es handelt sich hier um einen Anspruch auf Ersatz aus der Unfallrente, der darauf gestützt wird, daß die Zulage Teil der Invalidenrente im Sinne des § 1522 RVO. sei.

War sonach auch die Zuständigkeit des Versicherungsamts zur Entscheidung des Streites gegeben, so mußte doch die Klage eben aus dem Grunde abgewiesen werden, weil die Zulage nicht Teil oder Zubehör der Rente im Sinne der klägerischen Begründung ist. Die obigen Darlegungen führten zu dem Schlusse, daß zwar die Zulagen den allgemeinen Rechtsregeln für die Rentenleistungen der Sozialversicherung unterworfen sind, daß sie jedoch keineswegs ohne weiteres allen einzelnen Bestimmungen unterliegen, welche die Reichsversicherungsordnung für die zugehörigen Renten gibt, weil sie selbständig neben der Rente hergehende Leistungen sind, die einem besonderen Grunde entspringen. Es ist demgemäß zu prüfen, ob für die Träger der Invalidenversicherung der Rechtsübergang oder der Anspruch auf Ersatz in den Fällen der Leistung von gleichartigen Unterstützungen durch andere Träger der Versicherung oder durch dritte Fürsorgepflichtige, die aus anderen Rechtsgründen zu gleichartigen Unterhalts- oder Pflegeleistungen verpflichtet sind, ein allgemeiner Rechtsgrundsatz ist, der sich aus dem Wesen der Leistungen der Invalidenversicherung ergibt und daher auch auf die Zulagen anzuwenden ist. Davon kann gar keine Rede sein. Im besonderen gilt auch bei der Einheit des Leistungsgrundes gegenüber den Leistungen der Unfallversicherung der Grundsatz, daß der Berechtigte einen selbständigen Anspruch auf die Leistungen der Invalidenversicherung neben demjenigen auf die Leistungen der Unfallversicherung hat, solange er die Unfallleistungen noch nicht erhalten hat oder die empfangenen Unfallleistungen hinter denen der Invalidenversicherung zurückbleiben. Die Einräumung des Ersatzanspruches an den Träger der Invalidenversicherung gegen den Träger der Unfallversicherung und den Unfallrentenberechtigten, falls dieser für eine Zeit beide Leistungen nebeneinander erhalten hat, entspringt allerdings dem gesetzgeberischen Prinzip, daß die Leistungen der Unfallversicherung den Leistungen der Invalidenversicherung vorangehen, letztere subsidiärer Natur sei und Doppelleistungen vermieden werden sollen. Die positive Rechtsgestaltung in der Reichsversicherungsordnung führt aber diesen Gedanken durchaus nicht folgerichtig durch. Wenn die vorleistende Versiche-

Digitized by Google

rungsanstalt Renten gewährt hat, so kann sie nur Ersatz aus der gleichartigen Unfallrente bis zum halben Betrage für die Zeit der Doppelleistung fordern; auf das Sterbegeld kann sie keinen Anspruch erheben; für Witwengeld und Waisenaussteuer erhält sie keinen Ersatz; für Invalidenrente kann sie keinen Ersatz aus der Unfallhinterbliebenenrente fordern. Für ein von der Versicherungsanstalt geleistetes Heilverfahren gelten wieder besondere Vorschriften, die nur unter besonderen Umständen der Versicherungsanstalt eine teilweise Entlastung bringen können. Bei dieser vielgestaltigen und künstlichen Regelung läßt sich keineswegs der Satz als grundsätzliche Gesetzesnorm aufstellen, daß für alle Leistungen der Invalidenversicherung bei Eintritt des Leistungsgrundes und zeitlichem Zusammentreffen der Leistungen aus den entsprechenden Leistungen der Unfallversicherung Ersatz zu leisten sei. Übrigens würde dieser Grundsatz in der Anwendung auf die Zulagen auch nur dazu führen können, daß für die Invalidenrentenzulagen aus den Unfallrentenzulagen Ersatz geleistet werden müßte. Das aber verbietet § 7 der Verordnung vom 5. Mai 1920 über die Gewährung von Unfallrentenzulagen. Da also kein allgemeiner Rechtssatz aufzufinden ist, der den Ersatzanspruch der Versicherungsanstalt wegen der von ihr gewährten Rentenzulage rechtsnotwendig bedingt, die Zulagen aber keineswegs Zubehör der Renten sind, sondern ihr selbständiges rechtliches Dasein haben, so kann § 1522 Abs. 3 RVO. auch auf die Rentenzulage keine Anwendung finden.

Dies Ergebnis, das von dem Wesen der Versicherungsleistungen und dem Verhältnis der Versicherungsansprüche der verschiedenen Versicherungszweige zueinander ausgeht, wird aber auch durch die damit verflochtene Betrachtung der Natur der Rentenzulagen für sich begründet. Die Rentenzulagen sind noch mehr als die ordentlichen Versicherungsleistungen höchstpersönlicher Natur. Sie sollen nur dem Rentenempfänger zugute kommen, nicht aber dritten Personen. Daher erscheint eine Übertragung des Anspruchs auf die Rentenzulage und folglich auch ein Übergang des Anspruchs sowie ein Ersatzanspruch aus der Zulage, die den Rentenempfänger um einen Teil der ihm zustehenden Zulage bringen würde, grundsätzlich ausgeschlossen und es bedürfte besonderer gesetzlicher Vorschriften, um die Anwendung der allgemeinen Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung über den Rechtsübergang und die Ersatzleistung auch auf die Rentenzulagen zur Anwendung zu bringen. Die erwähnten Bestimmungen der Verordnungen über die Zulagen lassen aber klar erkennen, daß es nicht die Absicht der Schöpfer der Verordnungen war, diese Vorschriften der Reichsversicherungsordnung anzuwenden.

B. Zur Krankenversicherung.

Ende der Krankenhilfe, wenn Arbeitsunfähigkeit seit Beginn der Krankheit besteht.

Rev. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 24. Februar 1921 (2623 Amtl. Nachr. 1921 S. 265).

Die Beklagte meint, die 26 Wochen, für deren Dauer nach § 183 RVO. die Krankenhilfe zu gewähren ist, seien vom ersten Krankheitstag auch dann zu berechnen, wenn Arbeitsunfähigkeit schon bei Beginn der Krankheit vorliege. Diese Auffassung führt dazu, daß in solchen Fällen Krankengeld nur für 26 Wochen weniger 3 Tage zu zahlen ist. Sie findet jedoch im Gesetze keine Stütze. Nach § 183 Satz 1 RVO. endet die Krankenhilfe spätestens mit dem Ablauf der 26. Woche nach dem Beginne der Krankheit nur dann, wenn überhaupt kein Krankengeld bezogen wird oder wenn es bereits vom Beginne der Krankheit bezogen wird (zu vgl. § 191 Abs. 2 RVO.). Wird Krankengeld von einem späteren Tage als dem Tage des Beginns der Krankheit an bezogen, so soll erst 26 Wochen nach diesem Tage die Krankenhilfe enden. Es ist der Beklagten zuzugeben, daß die Fassung dieser Vorschrift: „wird jedoch Krankengeld erst von einem späteren Tage an bezogen, nach diesem", den Anschein erweckt, als ob damit ein Ausnahmefall geregelt werden solle. Tatsächlich ist es aber nach § 182 Nr. 2 die Regel, daß Krankengeld von einem späteren Tage als dem der Erkrankung gezahlt wird, nämlich vom vierten Krankheitstage an. Trotzdem erlaubt der Wortlaut des § 183 RVO. nicht den von der Beklagten gezogenen Schluß. Denn es ist am angeführten Orte ausdrücklich vorgeschrieben, daß die Krankenhilfe, wenn Krankengeld von einem späteren, als dem ersten Krankheitstage bezogen wird, mit dem Ablauf der 26. Woche nach diesem Tage endet. Das trifft zu sowohl für den Fall, daß die Arbeitsunfähigkeit erst später eingetreten ist, als auch für den hier vorliegenden Fall, daß sie von Beginn der Krankheit an bestanden hat, aber Krankengeld erst nach Ablauf der drei sogenannten Karenztage bezogen wurde. Auch der Zweck der Vorschrift läßt keine andere Auslegung zu. Er geht dahin, jedem Kranken, wenn ihn die Krankheit arbeitsunfähig macht, für 26 Wochen Krankenhilfe, das ist Krankenpflege und Krankengeld, zu sichern. Deshalb soll auch eine Zeit, in der nur Krankenpflege gewährt wird, im Rahmen der Vorschrift des § 183 Satz 2 RVO. außer Betracht bleiben. Bei der von der Beklagten beliebten Auslegung würde aber nur ein Kranker, der erst im Verlaufe der Krankheit arbeitsunfähig geworden ist, für 26 Wochen Krankenhilfe erhalten, während bei einem vom Beginne der

Digitized by Google

Krankheit an arbeitsunfähigen Kranken diese und damit auch der Bezug des Krankengeldes bereits drei Tage vorher ablaufen würde.

Anspruch eines erwerbslos Ausgeschiedenen (§ 214 RVO.) auf Familienwochenhilfe.

Urteil des **Reichsversicherungsamts** vom 21. Dezember 1920 (2625 Amtl. Nachr. 1921 S. 267).

Der Kläger war zur Zeit der Entbindung seiner Ehefrau nicht mehr Pflichtmitglied der Beklagten und hatte die Versicherung bei ihr auch nicht freiwillig fortgesetzt. Auf Grund der Pflichtversicherung (§ 206 RVO.) oder der Weiterversicherung (§ 313 RVO.) steht ihm also kein Leistungsanspruch gegen die Beklagte zu. Nach der Sondervorschrift des § 214 RVO. verbleibt indessen auch Personen, die, wie der Kläger, wegen Erwerbslosigkeit aus der Versicherung ausgeschieden sind, unter den dort bezeichneten, hier nicht streitigen Voraussetzungen der Anspruch auf die Regelleistungen der Kasse, obwohl ihre Mitgliedschaft mit dem Ausscheiden erloschen ist. Zu den Regelleistungen der Kassen gehört Familienhilfe, soweit sie in Wochenhilfe besteht, da diese früher freiwillige Mehrleistung durch das erwähnte Gesetz vom 26. September 1919 zur Pflichtleistung erhoben worden ist (zu vgl. die §§ 205a und 179 Abs. 1 RVO. in der Fassung dieses Gesetzes). An der Rechtslage, daß Träger des Anspruchs auf Familienhilfe nicht die Familienmitglieder, sondern die Versicherten sind (zu vgl. Revisionsentsch. 2472, Amtl. Nachr. 1918 S. 424), ist dadurch nichts geändert worden (zu vgl. die Amtlichen Erläuterungen zu § 10 des genannten Gesetzes). Demnach muß auch den wegen Erwerbslosigkeit Ausgeschiedenen im Rahmen des § 214 RVO. grundsätzlich ein Anspruch auf die Regelleistungen der Familienwochenhilfe zugestanden werden. Die Ansicht der Beklagten, daß diese Berechtigten vom Bezuge der Familienwochenhilfe ausgeschlossen seien, findet im Gesetze keine Stütze und ist innerlich nicht begründet. Auch der Wortlaut des § 205a spricht nicht für diese Auffassung. Danach erhalten die Familienwochenhilfe die versicherungsfreien Ehefrauen usw. der „Versicherten". Hierzu gehören in erster Reihe die Mitglieder der Kassen. Wenn nun auch der nach § 214 RVO. Ausgeschiedene nicht Mitglied der Kasse bleibt, und zwar auch nicht etwa auf Grund des § 311 im Falle des Bezugs von Krankengeld wegen Arbeitsunfähigkeit (zu vgl. die Revisionsentsch. 2402, Amtl. Nachr. 1917 S. 644), so hat er doch wegen Fortbestehens seines Versicherungsanspruchs in den Grenzen des § 214 RVO. noch als „versichert" zu gelten (zu vgl. Hahn, Handb. der Krankenversf., Anm. 6 zu § 214). Hiernach ist der Anspruch auf die Regelleistungen der Familienwochenhilfe nicht auf die Mitglieder der Kassen beschränkt, er steht vielmehr grundsätzlich auch den nach § 214 RVO. Berechtigten zu. Diese Ansicht wird in der Literatur übereinstimmend vertreten (zu vgl. Hoffmann, Wochenhilfegesetz, 3. Aufl., S. 48 oben; Jaeger, Kommentar zu diesem Gesetz, S. 71, Anm. 8, und Krause, Wochenhilfegesetz, S. 94, Anm. 3). Der Einwand der Kasse, daß die Ehefrau des Klägers nicht als „versicherungsfrei" im Sinne des § 205a des obenerwähnten Gesetzes anzusehen sei, ist ebenfalls nicht begründet. Denn versicherungsfrei im Sinne dieser Vorschrift ist, wie das Reichsversicherungsamt bereits in der Entsch. 2604, Amtl. Nachr. 1920 S. 431, ausgesprochen hat, gleichbedeutend mit nichtversicherungspflichtig. Diese Voraussetzung ist gegeben, da die Genannte der Allgemeinen Ortskrankenkasse Z. lediglich als freiwilliges Mitglied angehörte.

„Genehmigung" einer Satzungsänderung und „Zustimmung" des Oberversicherungsamts. — Keine Abgabe der Sache an das Reichsversicherungsamt wegen der Frage der Zustimmung.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 18. März 1921 (2642 Amtl. Nachr. 1921 S. 315).

Nach § 324 Abs. 1 RVO. bedarf jede Kassensatzung, ebenso wie ihre Änderung, grundsätzlich der Genehmigung des Oberversicherungsamts. Das bedeutet, wie insbesondere aus Abs. 2 des § 324 hervorgeht, daß das Oberversicherungsamt die Satzung oder ihre Änderung auf ihre Gesetzmäßigkeit zu prüfen hat. Die die Genehmigung oder ihre Versagung aussprechende Entscheidung des Oberversicherungsamts ist nach der allgemeinen Vorschrift des § 1793 RVO. mit Beschwerde an das Reichsversicherungsamt anfechtbar (zu vgl. Entsch. 1844, Amtl. Nachr. 1914 S. 513). Während grundsätzlich die Genehmigung nur versagt werden kann, wenn die Satzung oder ihre Änderung den gesetzlichen Vorschriften nicht genügt, ist darüber hinaus bei einer Reihe von Satzungsbestimmungen ihre Aufnahme in die Satzung noch von der Zustimmung des Oberversicherungsamts abhängig gemacht, die nach freiem Ermessen erteilt wird. In diesen Fällen unterliegt auch die Zweckmäßigkeit der betreffenden Bestimmung der Prüfung des Oberversicherungsamts (zu vgl. die Ausführungen des Regierungsvertreters zu § 227 des Entw. [215 des Gesetzes], Kommissionsber. 2. Teil S. 108). Soweit die Zustimmung des Oberversicherungsamts erforderlich ist, ist seine Entscheidung endgültig und somit der Nachprüfung des Reichsversicherungsamts entzogen (§ 324 Abs. 3 RVO., Entsch. 1790, Amtl. Nachr. 1913 S. 832). Voraussetzung ist hierbei aber, daß die Entscheidung im Rahmen des § 324 Abs. 3 RVO. ergangen ist, sonst bewendet es bei der Regel des § 1793 RVO. (zu vgl. Entsch. 2494, Amtl. Nachr. 1918 S. 508).

Soweit hiernach das Oberversicherungsamt die

Digitized by Google

in Frage stehende abgeänderte Satzung der Allgemeinen Ortskrankenkasse in T. auf ihre Gesetzmäßigkeit nachzuprüfen hat, ist diese Prüfung ein Ausfluß des dem Oberversicherungsamte nach § 324 Abs. 1 zustehenden Genehmigungsrechts. Das ergibt sich im übrigen auch aus § 326 RVO., wonach das Oberversicherungsamt eine Änderung der Satzung anordnen muß, wenn sich nachträglich ergibt, daß die Satzung nicht hätte genehmigt werden dürfen, während eine entsprechende Vorschrift fehlt für den Fall, daß ein Oberversicherungsamt sich nachträglich von der Unzweckmäßigkeit einer Satzungsbestimmung, der es zugestimmt hat, überzeugt. Die Entscheidung des Oberversicherungsamts ist daher insoweit nicht endgültig (zu vgl. die oben erwähnte Entsch. 1844). Soweit aber eine endgültige Entscheidung des Oberversicherungsamts nicht vorliegt, ist auch die Abgabe des Antrags auf Genehmigung der Satzungsänderung an das Reichsversicherungsamt nicht zulässig, da es an einer wesentlichen Voraussetzung der §§ 1799, 1693 Abs. 1 RVO. gebricht (zu vgl. Entsch. 1846, Amtl. Nachr. 1914 S. 516).

Abgesehen von der für alle Kassensatzungen oder ihre Änderung erforderlichen Genehmigung des Oberversicherungsamts bedarf die Festsetzung des durchschnittlichen Tagesentgelts, also die Bildung der im § 180 Abs. 1 und 2 RVO. vorgesehenen Lohnklassen oder Lohnstufen nach § 180 Abs. 3 RVO. der Zustimmung des Oberversicherungsamts. Dieses hat daher zu prüfen, ob die vorgeschlagene Bestimmung zweckmäßig und angemessen ist. Für die hiernach vom Oberversicherungsamt anzustellenden Zweckmäßigkeitserwägungen wird aber regelmäßig eine eingehende Kenntnis der einschlagenden örtlichen Verhältnisse bei der Abgrenzung der Lohnklassen oder Lohnstufen, insbesondere der wirtschaftlichen Lage der Kassenmitglieder und ihrer Einkommensverhältnisse, Voraussetzung sein. Es handelt sich also insoweit nicht um Auslegung des Gesetzes, sondern um Fragen des Ermessens. Für solche Fragen ist aber eine Abgabe der Sache an das Reichsversicherungsamt vom Gesetze nicht vorgesehen; § 1799 in Verbindung mit § 1693 Abs. 1 RVO. beschränkt die Abgabeberechtigung des Oberversicherungsamts auf Fälle, in denen das Oberversicherungsamt von einer amtlich veröffentlichten grundsätzlichen Entscheidung des Reichsversicherungsamts abweichen will, oder in denen es sich um eine noch nicht festgestellte Auslegung gesetzlicher Vorschriften von grundsätzlicher Bedeutung handelt. Hiernach ist auch, soweit die Zustimmung des Oberversicherungsamts zu der streitigen Satzungsbestimmung in Frage kommt, die Abgabe an das Reichsversicherungsamt nicht zulässig. Deshalb mußte der Abgabebeschluß aufgehoben und die Sache zur anderweiten Entscheidung an das Oberversicherungsamt zurückverwiesen werden.

C. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Keine Rückwirkung des § 3 der Verordnung vom 14. 12. 18 (RGBl. S. 1437) auf einen bereits vorher nach § 1253 RVO. erloschenen Rentenantrag.

Rev. Entsch. des sächs. Landesversicherungsamts vom 12. März 1921 (J. R. 47/20).

Der Kläger ist am 24. August 1916 als Soldat im Felde verwundet, am 31. Oktober 1917 aus dem Heere entlassen worden und steht seit dem 22. Juli 1918 wieder in versicherungspflichtiger Beschäftigung. Er hat am 13. Oktober 1919 die Gewährung der Krankenrente für die Zeit seit dem 22. Februar bis 31. Oktober 1917 verlangt. Die Beklagte hat zwar anerkannt, daß dieser Anspruch im Jahresbetrage von 193,80 ℳ begründet gewesen sei, ihn aber zurückgewiesen, weil sie annimmt, daß ihn der Kläger wegen der entgegenstehenden Vorschrift des § 1253 RVO. nicht mehr geltend machen dürfe. Die Berufung des Klägers hat Erfolg gehabt. Das Oberversicherungsamt ..... hat ihm im Urteile vom 26. Oktober 1920 die begehrte Krankenrente zugesprochen und dies auf Grund der Vorschrift im § 3 der Verordnung über die Nachentrichtung freiwilliger Beiträge und die Anmeldung von Ansprüchen in der Invalidenversicherung vom 14. Dezember 1918 getan, demzufolge der Kriegsteilnehmer, der während der Kriegsteilnahme die Voraussetzungen zu einem Rentenanspruche erfüllt, als im Sinne des § 1253 RVO. verhindert zur rechtzeitigen Antragsstellung bis zum Schlusse des Kalenderjahres gilt, das dem Jahre der Kriegsbeendigung folgt. Hiergegen macht die Beklagte zur Begründung ihrer rechtzeitig eingelegten Revision und des Antrags, ihren Bescheid zu bestätigen, geltend: Der Wortlaut des § 3 der Verordnung vom 14. Dezember 1918 stehe zwar dem Kläger zur Seite, nicht aber ihr Zweck und Sinn; denn dadurch hätten nur die Härten beseitigt werden sollen, die aus der Unfähigkeit gefangener oder im Lazarett liegender Kriegsteilnehmer zur rechtzeitigen Geltendmachung ihrer Ansprüche sich ergeben haben würden; der Rentenanspruch, den sie vorher nicht oder nur unter Überwindung von Schwierigkeiten hätten stellen können, habe ihnen erhalten bleiben sollen; das treffe aber auf den Kläger nicht zu, der bereits seit dem 31. Oktober 1917 nicht mehr Kriegsteilnehmer und imstande gewesen sei, seinen Antrag rechtzeitig zu stellen. Der Kläger bezieht sich demgegenüber auf das angefochtene Urteil.

Da nach § 1253 RVO. auf länger als ein Jahr rückwärts vom Eingange des Rentenbewilligungs-

Digitized by Google

antrags gerechnet keine Rente gezahlt wird, und der Kläger auch nicht durch Verhältnisse, die außerhalb seines Willens lagen, an der rechtzeitigen Antragsstellung verhindert worden ist, so hatte er mit dem Ablaufe des 31. Oktober 1918 seinen auf die Zeit vom 22. Februar bis 31. Oktober 1917 erhobenen Rentenanspruch verloren.

Diesem kann mit der Vorschrift in § 3 der Verordnung vom 14. Dezember 1918 nicht aufgeholfen werden. Denn die Gesetze haben regelmäßig die Bestimmung, die rechtliche Gestaltung der Gegenwart und Zukunft zu ordnen, und ergreifen deshalb nur diejenigen Tatbestände, die während ihrer Geltung sich verwirklichen, nicht aber diejenigen, die vor ihrem Inkrafttreten sich verwirklicht haben, sofern sie nicht zufolge der Macht, die zeitlichen Grenzen ihrer Wirksamkeit selbst zu bestimmen, sich rückwirkende Kraft beilegen. Hier liegt ein vor dem Inkrafttreten der angezogenen Verordnung abgeschlossener Tatbestand vor, dem deshalb nur diejenige rechtliche Wirkung zukommt, die das nach der zeitlichen Geltung auf ihn anzuwendende Recht erzeugt hat. In der Verordnung vom 14. Dezember 1918 ist weder die ausdrückliche Vorschrift enthalten, daß ihre Bestimmungen der Vergangenheit angehörige Rechtsverhältnisse ergreifen, noch ergibt die Auslegung ihres hier allein in Betracht kommenden § 3 einen dahingehenden Gesetzeswillen. Denn diese Gesetzesbestimmung will zwar auf jeden Kriegsteilnehmer und auf jeden von einem solchen während der Zeit der Teilnahme am Kriege jemals erworbenen Rentenanspruch ohne jede Einschränkung angewendet sein und die Kriegsteilnehmerschaft schlechthin und gleichviel, welchen Einfluß sie auf die Möglichkeit der Antragstellung in Wirklichkeit gehabt hat, als Hindernis im Sinne des § 1253 RVO., sowie als Zeitpunkt des Wegfalls dieses Hindernisses einen genau umschriebenen, weit hinaus verlegten Tag gelten lassen. Hierbei handelt es sich aber um die Erhaltung von Rechten. Es folgt deshalb daraus nicht, daß entgegen der die zeitliche Geltung der Gesetze bestimmenden Regel auch diejenigen Kriegsteilnehmer, die nach dem vor der neuen Verordnung geltenden Rechte wegen verspäteter Antragstellung mit ihren Ansprüchen bereits ausgeschlossen gewesen sind, gleichwohl berechtigt sein sollen, die erloschenen Rechte auf der Grundlage der Fiktion ihrer Erhaltung durch das in der Kriegsteilnehmerschaft liegende Hindernis rechtzeitiger Antragstellung geltend zu machen.

Hiernach ist die von der Beklagten eingelegte Revision zu beachten und die vom Kläger gegen den Bescheid der Beklagten eingelegte Berufung zurückzuweisen.

Zuständigkeit des Landesversicherungsamts bei Ansprüchen gegen die Arbeiterpensionskasse der früher bayerischen Verkehrsanstalten als Sonderanstalt (§ 1360 RVO.).

Rev. Entsch. des **bayer. Landesversicherungsamts** vom 27. September 1920 (Mitt. 1921 S. 21).

Nach § 1708 RVO. ist das bayer. Landesversicherungsamt zur Entscheidung über eine Revision nur dann zuständig, wenn sich der Bezirk des beteiligten Versicherungsträgers nicht über das Gebiet des bayerischen Staates hinaus erstreckt. Versicherungsträger ist im vorliegenden Falle die Arbeiterpensionskasse der früheren bayer. Verkehrsanstalten in ihrer Eigenschaft als Sonderanstalt im Sinne des § 1360 RVO. (§ 3 a. a. O. und Überschrift des dritten Abschnitts des vierten Buches der Reichsversicherungsordnung). Nach § 1 des Staatsvertrags betreffend den Übergang der Staatseisenbahnen auf das Reich vom $\frac{31.\ März\ 1920}{30.\ April\ 1920}$ (RGBl. 1920 S. 773 ff.) hat das Reich die bayerischen Staatseisenbahnen als Ganzes mit allem Zubehör und allen damit verbundenen Rechten und Pflichten übernommen. Noch besonders sind nach § 40 des Staatsvertrags die Wohlfahrtseinrichtungen der Länder vom Reich übernommen; hiernach führt das Reich als Rechtsnachfolger die Arbeiterpensionskasse an Stelle Bayerns weiter. Nach einer Mitteilung des Reichsverkehrsministeriums, Zweigstelle Bayern, 8 W t vom 22. Juni 1920 ist der Bezirk der Tätigkeit der Arbeiterpensionskasse über das Gebiet des Freistaats Bayern hinaus **nicht** erstreckt worden. Daher sind die Ansprüche des bayerischen Eisenbahnpersonals gegen die Arbeiterpensionskasse in Rosenheim durch den Übergang der bayer. Verkehrsanstalten auf das Reich nicht berührt und ist an der Zuständigkeit des bayer. Landesversicherungsamts zur Bescheidung der gegen die Arbeiterpensionskasse erhobenen Ansprüche in der Revisionsinstanz nichts geändert worden.

Kriegselterngeld und Zulage zur Invalidenrente.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 16. März 1921 (II 1649).

Nach dem Gesetz vom 20. Mai 1920 (RGBl. S. 1091) erhalten die Rentenzulage nicht Personen, die auf Grund des Reichsversicherungsgesetzes eine Hinterbliebenenrente beziehen. Den nach dem RVG. zu gewährenden Renten stehen in dieser Hinsicht diejenigen Renten gleich, die auf Grund der früheren Militärversorgungsgesetze bezogen werden. Voraussetzung ist aber in allen Fällen, daß es sich um eine Rente im Rechtssinne, d. h. um einen recht-

Digitized by Google

lich verfolgbaren Anspruch auf regelmäßig wiederkehrende Leistungen handelt. Das ist bei dem auf Grund des Militärhinterbliebenengesetzes vom 17. Mai 1907 (RGBl. S. 214) gewährten Kriegselterngeld nicht der Fall, da es lediglich nach Ermessen der Verwaltungsbehörde für die Dauer der Bedürftigkeit bewilligt werden kann und der Möglichkeit des Widerrufes unterliegt. Ein derartiger Bezug ist nicht geeignet, den Anspruch auf die Rentenzulage auszuschließen.

Ebenso liegen die Verhältnisse bei der Beihilfe nach dem Gesetz vom 26. Dezember 1920 (RGBl. S. 2315). Hier genügt es zwar zum Ausschlusse des Anspruchs auf die Beihilfe, daß der Rentenempfänger irgendeine Versorgung auf Grund eines Militärversorgungsgesetzes erhält. Auch der Begriff einer Versorgung setzt aber voraus, daß es sich dabei um eine rechtlich geschuldete, nicht aber nur in das Ermessen der Verwaltungsbehörde gestellte widerruflich gewährte Leistung handelt.

Aus diesen Gründen ist dem Beschwerdeführer sowohl die Zulage zur Invalidenrente wie auch die Beihilfe zu gewähren, solange nicht etwa die Festsetzung einer Hinterbliebenenrente (Elternrente) auf Grund der §§ 36, 45 ff. RVG. erfolgt ist.

Hierzu bemerkt die „Kyffhäuser-Korrespondenz": Da das RVG. vom 1. 4. 1920 an gilt, wird im Fall der Bewilligung der Elternrente an Stelle des Kriegselterngeldes auch für die Zeit vor der Umanerkennung die Berechtigung zum Bezuge der Zulage und Beihilfe zu den Renten aus der Invalidenversicherung nachträglich fortfallen. Entsprechend dürfte die Versicherung befugt sein, die Rückzahlung der gemachten Aufwendungen aus der Nachzahlung des Betrages zu verlangen, um welchen die Elternrente das Kriegselterngeld übersteigt. Eine Klärung dieser Fragen erscheint notwendig. — Für die Bezieher von Kriegselterngeld ist von Bedeutung, daß sie sich nach der Umanerkennung trotz des Wegfalles der Zulagen und Beihilfen zu den Bezügen aus der Invalidenversicherung etwas besser stehen werden als jetzt, und daß eine neue gesetzliche Regelung der genannten Bezüge zu erwarten ist.

D. Zur Angestelltenversicherung.

Grundsätzliche Entscheidungen des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung.

(„Angestelltenversicherung" 1921 Nr. 5 S. 68 ff.)

Nr. 460. Der Arbeitgeber ist zur Nachzahlung der Beitragshälften eines früher von ihm beschäftigten Versicherungspflichtigen dann nicht verpflichtet, wenn infolge Verschuldens der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte der Abzug dieser Beitragsteile vom Barlohn des Versicherungspflichtigen unterblieben ist.

Nr. 461. Die Voraussetzungen für die Einleitung eines Verfahrens aus § 79 des Versicherungsgesetzes für Angestellte sind nicht gegeben, wenn die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte erklärt, von einer mit Unrecht erfolgten Ablehnung der Leistung nicht überzeugt zu sein, ihr Antrag auf Einleitung eines neuen Feststellungsverfahrens nur dazu dienen soll, eine ungeklärte Rechtsfrage zu entscheiden.

Nr. 462. Hat eine der im § 9 Abs. 3 des Versicherungsgesetzes für Angestellte bezeichneten Stellen die Versicherungsfreiheit mit rückwirkender Kraft ausgesprochen, so können die Beiträge nach § 213 a. a. O. zurückgefordert werden; § 228 Abs. 2 a. a. O. ist nicht anwendbar.

Nr. 463. Die Bestimmung des § 1a der Verordnung vom 6. Januar 1920 (RGBl. S. 131), daß die Vorschrift des § 1 der Bekanntmachung vom 30. September 1916 (RGBl. S. 1097) bis zum Ablauf des sechsten Monats nach Beendigung des Krieges gelten soll, enthält eine Frist im Sinne der Bekanntmachung vom 25. Mai 1920 (RGBl. S. 1081).

Nr. 464. Ein Büroangestellter ist auch in der Zeit, in der er keine Bürodienste leistet, aber im Einverständnis mit dem Arbeitgeber sich zu solchen bereit hält, versicherungspflichtig nach § 1 Abs 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

Nr. 465. Vorübergehende Stellungslosigkeit vor einer Erkrankung schließt die Anrechnung der Krankheitszeit als Ersatztatsache nach § 51 Nr. 3 des Versicherungsgesetzes für Angestellte nicht aus.

Nr. 466. Ein Vermessungstechniker, der nicht nur mit Meßarbeiten, sondern auch in dem Büro des Katastergeometers mit Flächenberechnungen, Anlegung von Verzeichnissen und Kopierung von Plänen und Handrissen beschäftigt wird, ist versicherungspflichtig nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

Nr. 467. Ein versicherter Angestellter, der gemäß § 390 des Versicherungsgesetzes für Angestellte von der eigenen Beitragsleistung befreit ist, ist beim Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung berechtigt, im Rahmen des § 18 des Gesetzes die vollen Beiträge zu entrichten. Ein Verzicht auf die Befreiung liegt hierin nicht.

Versicherungsfreiheit aus § 9 Angest-VersGes. für Personen, die auf Privatdienstvertrag kündbar angestellt sind.

Bescheid des **Reichsarbeitsministers** v. 4. August 1920 (II 2760).

Das Reichsversicherungsamt hat bei der Auslegung des § 1234 RVO. ausgesprochen, daß zur Annahme der Versicherungsfreiheit in der Invaliden-

Digitized by Google

versicherung auf Grund dieser Vorschrift es genüge, wenn nach der tatsächlichen Gestaltung der Verhältnisse künftig voraussichtlich eine Ruhegeldberechtigung erreicht werde, und daß demgemäß eine Anwartschaft auch schon bei nur widerruflicher Anstellung, die aber regelmäßig nach einiger Zeit in eine feste, mit Ruhegeldberechtigung ausgestattete Stelle übergeht, angenommen werden könne (zu vgl. „Anleitung des Reichsversicherungsamts über den Kreis der nach der Reichsversicherungsordnung gegen Invalidität und gegen Krankheit versicherten Personen" vom 26. April 1912, Amtl. Nachr. 1912 S. 721, Nr. 26 Abs. 4 und die dort erwähnte Entsch. Nr. 856, Amtl. Nachr. 1900 S. 836). Den gleichen Grundsatz hat das Reichsversicherungsamt bei einer Anstellung auf Kündigung sowie bei einer Beschäftigung als Hilfsarbeiter ausgesprochen, die eine hergebrachte Vorstufe für die Verleihung einer mit Aussicht auf Ruhegeld verbundenen Stelle bildet. (Zu vgl. die bezeichnete Anleitung a. a. O. und die dort erwähnten Entsch. Nr. 1004 und 1432, Amtl. Nachr. 1902 S. 547 und 1909 S. 549.)

Die Grundsätze aus der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts zu § 1234 RVO. über den Begriff der Anwartschaft bei Personen, die auf Kündigung angestellt sind, können aber nicht uneingeschränkt auf die Anwendung des § 9 des Versicherungsgesetzes für Angestellte übertragen werden. Vielmehr zwingt die Entstehungsgeschichte des Versicherungsgesetzes für Angestellte trotz des übereinstimmenden Wortlautes des § 9 Abs. 1 VersGes. für Angest. und des § 1234 RVO. hier zu einer abweichenden Beurteilung für die Angestelltenversicherung. Denn in der Kommissionsberatung wurde seitens des Regierungsvertreters ausdrücklich erklärt, daß man bei denjenigen Personen, die auf Kündigung angestellt seien, im allgemeinen von einer Gewährleistung einer Anwartschaft nicht sprechen könne, und daß daher diese in der Regel nicht unter § 9 fielen (zu vgl. Kommissionsber. in Druckf. des Reichstags 12. Legislaturperiode II. Session 1909/1911 Nr. 1198 S. 72 Abs. 3). Weiter ist sodann in der Beratung des Reichstags von dem Vertreter der Regierung auf das Bedenken eines Abgeordneten dieser Standpunkt dahin erläutert worden, daß bei den auf Kündigung Angestellten die Anwartschaft dann als gewährleistet anzusehen sei, wenn die Entlassung nur aus einem wichtigen Grunde erfolgen könne und den Angestellten ein Rechtsverfahren hinsichtlich der Kündigung zustehe (zu vgl. Stenogr. Ber. über die 213. Sitzung des Reichstags vom 30. November 1911 S. 8190).

Dieser Standpunkt ist dann durchweg, soweit hier bekannt geworden ist, in den Entscheidungen der obersten Verwaltungsbehörden gemäß § 9 Abs. 3 VersGes. für Angest. vertreten und dementsprechend verlangt worden, daß bei den kündbar mit Pensionsberechtigung Angestellten das Kündigungsrecht des Arbeitgebers auf einen wichtigen Grund nach § 626 Bürg. Gesetzb. zu beschränken sei, und weiter, daß bei Streit über die Kündigung, falls der Rechtsweg ausgeschlossen wird, wenigstens die Anrufung einer unbeteiligten Instanz offen stehe. So ist insbesondere auch die Rechtsübung des Reichsrats zu § 14 in Verbindung mit § 9 des VersGes. für Angest. (zu vgl. auch Mentzel-Schulz-Sitzler, Kommentar zum VersGes. für Angest., Anm. 8 zu § 9, S. 85 Abs. 3.)

Sprechsaal.

Zum Entwurf einer Schlichtungsordnung.

Arbeit — so heißt der Weg, den das deutsche Volk beschreiten muß, wenn es wirklich an den Wiederaufbau seines Vaterlandes denken und glauben will. In erster Linie ist gerade der erwerbstätige Teil unserer Bevölkerung dazu berufen, sei es durch Kopf- oder Handarbeit, dem aus allen Teilen des Körpers blutenden Vaterlande seine Arbeitskraft als Heilmittel zur Verfügung zu stellen. Es ist deshalb nur zu begrüßen, daß allenthalben Bestrebungen im Gange sind, das Verhältnis zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer zu verbessern, um so an Stelle der sich seit der Revolution immer wiederholenden Lohnkämpfe und Arbeitseinstellungen den Arbeitsfrieden zu fördern. Das größte Interesse an einem solchen hat natürlich der Staat, und es ist deshalb sehr begreiflich, wenn das Reichsarbeitsministerium, als die zuständige Regierungsstelle, sich hier ganz besonders betätigt. Durch Tarifverträge glaubt man dem Ziele näher zu kommen. In den letzten Monaten und Jahren hat denn auch der Reichsarbeitsminister eine sehr große Anzahl von Tarifverträgen, die von Arbeitgeber- und Angestelltenorganisationen abgeschlossen wurden, durch die Erklärung der Rechtsverbindlichkeit genehmigt. Diese Tatsache hat die Schaffung einer Schlichtungsordnung notwendig gemacht, die in dem bereits vorliegenden Entwurf als letzte Instanz über die örtlichen Schlichtungsstellen ein Reichseinigungsamt vorsieht.

In der jüngsten Zeit hat nun das Reichsarbeitsministerium zu einer Neuordnung des Arbeitsrechts in einem eigens dazu geschaffenen Ausschusse die ersten Schritte unternommen. Es soll ein „Allgemeines Arbeitervertragsrecht" geschaffen werden, und ist die Ausarbeitung des Entwurfs eines solchen Gesetzes dem bekannten Volkswirtschaftler Dr. Heinz Potthoff übertragen worden. Einer der wichtigsten Abschnitte des neuen Arbeitsrechts, nämlich das Tarifvertragsgesetz, wird in einem von Professor Sinzheimer angefertigten Entwurf bereits beraten.

Bis zum Inkrafttreten des neuen Arbeitsrechts wird es zweifellos noch Weile haben. Man kann deshalb eigentlich nicht gut verstehen, daß die entworfene neue Schlichtungsordnung ihrer Verwirklichung bzw. Verabschiedung viel näher ist. Der Entwurf dieser Schlichtungsordnung ist in der einschlägigen Literatur sowohl als auch in der Tages-

Digitized by Google

und Parteipresse von Arbeitgeber- wie von Arbeitnehmerseite kritisiert worden. Soll aber das neue Arbeitsrecht in manchen Teilen für den Arbeitnehmer wirklich auch neue Rechte bringen, dann ist es noch zu früh, schon jetzt eine gesetzliche Festlegung des Schlichtungswesens vorzunehmen. Den örtlichen Schlichtungsstellen und dem Reichseinigungsamt können doch wohl erst dann ihre Aufgaben in Form von gesetzlichen Bestimmungen vorgeschrieben werden, wenn das in Aussicht gestellte Arbeitsrecht unter Dach und Fach ist. P. Ps.

Zur Frage der Übertragung der Beitragskontrolle auf die Krankenkassen.

In dem Aufsatz „Zur Änderung der Beitragsentrichtung in der Angestelltenversicherung" (Nr. 11 S. 204 ff. der „Arbeiter-Versorgung") beschäftigt sich der Verfasser, Herr Dr. Tenhaeff, auch mit den Mängeln des Markenklebeverfahrens und bemüht sich nachzuweisen, daß ein Idealzustand erreicht werden würde, wenn die Ortskrankenkassen mit dem Rechte der Beitragsüberwachung für Invaliden- und Angestelltenversicherung beliehen würden. Er behauptet allgemein, die von den Landesversicherungsanstalten ausgeschickten Kontrollbeamten verteuerten das System sehr, ohne durchgreifende Besserung zu schaffen, bleibt aber den Beweis schuldig, inwiefern die Ortskrankenkassen hierin Wandel schaffen könnten. Da er auf der einen Seite angibt, daß die richtige Beitragsleistung bei der Krankenversicherung durch eine selbsttätige Kontrolle häufiger stattfindet als bei der Invalidenversicherung oder Angestelltenversicherung, so ist nicht recht ersichtlich, warum nun plötzlich die Kontrolle gerade auf die Krankenkassen übertragen werden soll, die doch gar keine Organisation in dieser Beziehung besitzen. Die Aussicht, daß die Krankenkassen durch die Übertragung der Kontrolle zu mustergültigen Leistungen angespornt werden, dürfte für diese vollständige Umwälzung allein nicht ausschlaggebend sein.

Ob das Einzugsverfahren, wie es teilweise — z. B. in der Rheinprovinz — ausgeführt wird, ideal zu nennen und sparsam ist, kann bezweifelt werden. Die Erfahrung lehrt, daß auch dieses Verfahren seine großen Fehler hat (vgl. hierzu die einschlägige Literatur). Eine Äußerung der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz über diesen Punkt wäre sehr interessant. Die Landesversicherungsanstalt Westfalen hat die Provinz mit einem Netz von Kontrollbeamten überzogen, die in regelmäßigen Abständen ihre Bezirke gründlich (von Haus zu Haus!) durchkontrollieren. Dabei werden nicht nur die Arbeitgeber aufgesucht, sondern auch Versicherte, die zeitweise arbeitslos sind. Werden dazu die Meldeamtsregister und die Krankenkassenlisten zu Hilfe genommen, ferner beim Umtausch der Karten die Vorschriften genau beachtet, so ist eine Kontrolle gewährleistet, wie sie lückenloser nicht gedacht werden kann. Werden die Kontrollbezirke etwas enger gezogen, so ist der Beamte sehr wohl in der Lage, die Beitragsleistung zur Invaliden-, Angestellten- und Krankenversicherung gemeinsam zu kontrollieren. Sollte er dabei nicht auch genaue Kenntnis der Verhältnisse seines Bezirkes erreichen? Er muß sich schon jetzt alle drei Versicherungen ansehen, da die Beiträge zur Invalidenversicherung sich nach der Zugehörigkeit zur Krankenkasse (Grundlohn) richten, und bei den zur Angestelltenversicherung gehörenden Personen die Versicherung mit 2000 ℳ Entgelt aufhört. Er sieht also nach, welche Beiträge für die Angestelltenversicherung gezahlt werden. Im Interesse der Sache wird auch wohl jetzt schon von Kontrollbeamten Auskunft in allen Angelegenheiten der drei Versicherungszweige gegeben werden.

Ein Segen für die Beteiligten würde es sein, wenn Kranken-, Invaliden- und Angestelltenversicherung unter eine gemeinsame Verwaltung kämen. Solange diese Verschmelzung nicht stattgefunden hat, ist auch nicht damit zu rechnen, daß ein gemeinsames, reibungsloses Zusammenarbeiten erreicht wird, wie es zum Wohle der gesamten Sozialversicherung erforderlich ist. Eine Besserung wäre jedoch schon darin zu erblicken, wenn der Kontrollbeamte der Landesversicherungsanstalt für alle drei Zweige gemeinsam tätig sein könnte. Alle drei würden zweifellos gleichmäßig gewinnen. Denn der Kontrollbeamte würde durch seine Aufklärung und Belehrung segensreich wirken, und eine Beitragshinterziehung würde nur selten möglich sein. Auch die Kostenfrage würde leicht zu regeln sein; etwa ⅓ würde der Invalidenversicherung, ⅓ der Angestelltenversicherung und ⅓ den im Kontrollbezirk ansässigen Krankenkassen zur Last zu legen sein.

Zweifellos würde diese Regelung erheblich billiger sein, als eine Kontrolle durch die Krankenkassen.

Daß überhaupt die Krankenkassen imstande sind, eine derartige Kontrolle auszuüben, muß bezweifelt werden. Wenn wirklich einige große Kassen dazu in der Lage sind (der bisherige Krankenkontrolleur oder Gelderheber wird auch hier nicht ohne weiteres für alle drei Versicherungen als Auskunftsperson geeignet sein), so sind es die vielen mittleren oder gar kleinen auf keinen Fall. Der Gedanke des Verfassers wird sich also nur bei verhältnismäßig wenig Kassen durchsetzen können. Und daran scheitert der ganze Plan. Wenn eine Kontrolle durch die Krankenkassen eingeführt werden soll, so muß es eben für alle Kassen gleichmäßig sein. Und das wird sich nicht durchführen lassen; wohl aber eine gemeinsame Kontrolle durch die jetzigen schon vorhandenen Kontrollbeamten der Landesversicherungsanstalten. Man sollte sich hüten, bei einer Reform wiederum verschiedene Verfahren einzuführen. Mehr Einheitlichkeit!

In Wirklichkeit wird schon jetzt eine teilweise Mitkontrolle der Beitragsleistung zur Krankenversicherung vorgenommen, wo es erbeten wird. So sind z. B. noch vor ganz kurzer Zeit bei einer kleinen Krankenkasse durch die Kontrolle der Unterzeichneten etwa 2000 ℳ nachträglich eingezogen worden (verspätete Anmeldung, zu niedrige Klasse usw.), obwohl nur die gröbsten Verfehlungen erfaßt werden konnten, da ja selbstverständlich der eigene Dienst nicht darunter leiden durfte. Kosten sind dadurch der Krankenkasse nicht entstanden. Der Herr Verfasser redet aber wiederholt von anständiger Entschädigung. (Ein wunder Punkt!)

Auf die Frage der Allgemeinen Ortskrankenkasse für den Kreis Schleiden (vgl. S. 255 ArbVers. 1921), ob es einem auswärtigen Revisionsbeamten möglich ist, einen ausgedehnten Kreis so zu revidieren, daß die Landesversicherungsanstalt auch nur etwas dabei erreicht, muß auf Grund der hiesigen Erfahrungen mit einem entschiedenen „Ja" geantwortet werden. Die von der Landesversicherungsanstalt geführten Statistiken werden diese Behauptung bestätigen. Viele andere Leistungen sind nicht zu erfassen. Wenn die Kasse für Schleiden zu einem anderen Ergebnis kommt, so muß darauf aufmerksam gemacht werden, daß die dortigen Verhältnisse eben nicht zu verallgemeinern sind. Wenn bei der Krankenkasse ein Arbeitgeber Beschwerde führt, daß

Digitized by Google

für Leute monatelang keine einzige Invalidenversicherungsmarke verwendet worden sei (hoffentlich besteht da nicht das Einzugsverfahren), so ist damit noch lange nicht gesagt, daß diese Unterlassung bei der Kontrolle vom Revisionsbeamten nicht aufgedeckt worden wäre. In meinem Bezirke sind zumindest die Hälfte aller Anstände derartige Fälle, und viele aus Bezirken der Rheinprovinz, wo das Einzugsverfahren besteht.

Auch die Ausführungen der Allgemeinen Ortskrankenkasse Schleiden, daß durch die Krankenkassen eine billigere und vor allen Dingen gründlichere Kontrolle ausgeübt werden könnte, als durch die jetzigen einzelne Bezirke regelmäßig durchrevidierenden Kontrollbeamten der Landesversicherungsanstalt, sind nicht überzeugend.

Soll der Revisionsbeamte seine Aufgabe voll und ganz erfüllen, so ist eine gründliche Vor- und Ausbildung erforderlich. Und solche Beamte wird die Ortskrankenkasse nicht billiger zu stellen vermögen als die Landesversicherungsanstalt. Im übrigen darf auf die Ausführungen im Vers. Boten 1920 S. 121 ff. u. S. 147 ff. aufmerksam gemacht werden, wo das gleiche Thema behandelt wird.

Also: Es empfiehlt sich, die unbedingt erforderliche Reform im Kontrolldienste der drei Versicherungszweige auf dem aufbauen, was vorhanden ist, nicht aber neue, nur für einige Stellen ausführbare Organisationen zu errichten!

Penzing, Landesobersekretär, Kontrollinspektor der Landesvers. Anst. Westfalen zu Bottrop i. W.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Der Landesgesundheitsrat in Preußen und die Krankenkassen.

Der durch einen Beschluß des preußischen Staatsministeriums v. 30. April 1921 (Ges. Samml. Nr. 35 S. 369) geschaffene Landesgesundheitsrat hat bestimmungsgemäß am 1. Juli 1921 seine Tätigkeit zu beginnen. Er tritt mit diesem Tage an Stelle der bisherigen wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen, der technischen Kommission für die pharmazeutischen Angelegenheiten und des Apothekerrats. Der Landesgesundheitsrat ist eine Behörde zur Beratung des Staatsministeriums in allen Fragen des öffentlichen Gesundheitswesens und der sozialhygienischen Fürsorge sowie in den damit zusammenhängenden Angelegenheiten der ärztlichen, zahnärztlichen und pharmazeutischen Wissenschaft. Er ist zugleich Gutachterausschuß für ärztliche Fragen in Rechtsstreitigkeiten. Er besteht aus a) dem Präsidenten und seinem Stellvertreter, b) den Mitgliedern, die für einen Zeitraum von fünf Jahren vom Staatsministerium ernannt werden. Zu den Verhandlungen über einzelne Gegenstände können außerdem Sachverständige, deren Teilnahme von dem Landesgesundheitsrat, einem Ausschuß oder dem Präsidenten für zweckmäßig gehalten wird, von diesem mit Genehmigung des Ministers für Volkswohlfahrt zugezogen werden. Die Sachverständigen haben beratende Stimme. Der Landesgesundheitsrat tagt entweder in seiner Gesamtheit oder in Ausschüssen, die für seine verschiedenen Aufgaben gebildet werden.

Es leuchtet ein, daß die Träger der Reichsversicherung, ganz besonders aber die Krankenkassen ein dringendes Interesse an einer angemessenen Vertretung in der neuen Behörde haben und daß dieses Interesse ein öffentliches, die Allgemeinheit angehendes ist. Der Minister für Volkswohlfahrt hat die Krankenkassenhauptverbände auf eine entsprechende Vorstellung dahin beschieden, daß sie gemeinsam einen zum Mitgliede des Landesgesundheitsrats zu bestellenden Vertreter bezeichnen mögen. Mit Recht bemängelt die „Betriebskrankenkasse“ (Nr. 12 S. 106) eine solche Vertretung als unzulänglich, da die Krankenkassen das größte Gewicht darauf legen müßten, in den vornehmlich für sie in Betracht kommenden Ausschüssen in gebührender Weise mitzuwirken. Wenn der Minister sich vorbehält, noch besondere Sachverständige aus den Vertretern der Krankenkassen zu den sie betreffenden Verhandlungen zuzuziehen, so erscheint das in der Tat nicht als ein hinreichender Ersatz für die maßgeblichere Mitwirkung, zu welcher die Mitglieder des Landesgesundheitsrats berufen sind und an der die Krankenkassen nicht in dem ihrem Interesse entsprechenden Maße beteiligt werden, wenn sie im ganzen nur einen Vertreter erhalten sollen.

Der Allgemeine Verband deutscher Landkrankenkassen,

sein Werden und Wirken, ist in einer vom Verbandsdirektor Karl Unger verfaßten, vom Verbande herausgegebenen Schrift dargestellt, der einige Beiträge von Mitarbeitern aus den angegliederten Unterverbänden einverleibt sind. Ein Vorwort des Verbandsvorsitzenden Dr. Krüger leitet den Bericht über die Entwicklung und die Organisation ein, dessen reicher Inhalt Zeugnis ablegt von dem verständnisvollen Ernst und dem Eifer, mit dem die Verwaltungen der Landkrankenkassen, die Provinzialverbände und der Hauptverband ihre Aufgabe zu erfassen und zu erfüllen und so — gegenüber den auf Beseitigung der Landkrankenkassen abzielenden Bestrebungen — die Daseinsberechtigung dieser besonderen Kassenform zu erweisen bemüht sind.

Schulkinder als Diphtheriebazillenträger.

Die Annahme, daß Diphtheriebazillenträger unter allen Umständen dauernd als Infektionsquellen anzusehen und dementsprechend zu behandeln sind, kann — nach einem Erlaß des preußischen Ministers für Volkswohlfahrt —, besonders wenn seit Ablauf der Erkrankung eine längere Zeit verging, nach den Erfahrungen, die in einigen Städten in den letzten Jahren gemacht worden sind, nicht mehr aufrechterhalten werden. Die Beobachtungen lehren vielmehr, daß in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle die Keime einige Wochen nach überstandener Krankheit verschwinden und bei den meisten Kindern, die noch als hartnäckige Keimträger übrigbleiben, die Übertragungsgefahr etwa mit der achten Woche nach Beginn der Erkrankung erlischt. So werden bereits seit dem Jahre 1913 in Charlottenburg Kinder, die an Diphtherie gelitten haben, aber ihre Diphtheriebazillen noch nach überstandener Krankheit nicht verloren haben, regelmäßig acht Wochen nach erfolgter klinischer Genesung wieder zur Schule zugelassen, ohne daß bisher Übertragungen der Diphtherie durch solche Bazillen-

Digitized by Google

träger auf gesunde Kinder festgestellt werden konnten. Ähnliche Erfahrungen sind auch in Köln am Rhein, Berlin und anderen Orten gemacht worden. Der Minister hat daher angeordnet, daß zunächst versuchsweise allgemein Diphtheriebazillenträger nach Ablauf von acht Wochen nach erfolgter klinischer Genesung wie Gesunde zu behandeln und dementsprechend Kinder, die nach überstandener Krankheit Diphtheriebazillenträger geblieben sind, von diesem Zeitpunkt an wieder zur Schule zuzulassen sind. In jedem Falle sind aber die Eltern dieser Kinder wie auch ihre Lehrer, auf den Zustand der Kinder ausdrücklich aufmerksam machen zu lassen und insbesondere die Schulleiter zu veranlassen, in solchen Fällen, in denen etwa in den betreffenden Klassen gehäufte Erkrankungen an Diphtherie auftreten sollten, sofort dem zuständigen Kreisarzt Meldung zu erstatten.

Beantwortung von Anfragen.

Rechtsauskünfte aus unserem Arbeitsgebiet erteilen wir den Beziehern unserer Zeitschrift bereitwillig, ohne indessen eine Verpflichtung oder eine zivilrechtliche Haftung zu übernehmen. Für schriftliche Auskunft wird Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten, und zwar auch dann, wenn nur Bescheid durch die Zeitschrift erbeten, die Sache aber zur Veröffentlichung an dieser Stelle nach unserem Ermessen nicht geeignet ist.

Beiladung des Unternehmers mit Rücksicht auf § 577 RVO. im Streitverfahren wegen Kassenleistungen.

1. **Nach Altona.** Frage: Ein Schauermann B., der im Sommer 1918 2½ Wochen lang bei der Firma H., Staureibetrieb, in H. beschäftigt war, erlitt während dieser Beschäftigung einen Betriebsunfall. B., der seinen Wohnsitz in A. hat, hatte seine Versicherung als unständig Beschäftigter bei unserer Kasse z. Zt. des Unfalles nicht beantragt. Eine Anmeldung durch die Firma H., bei der für sie zuständigen Ortskrankenkasse in H. ist ebenfalls nicht erfolgt, weil nach Ansicht der Firma ein ständiges Beschäftigungsverhältnis nicht vorgelegen hat. In dem von B. anhängig gemachten Streitverfahren wegen Gewährung der Krankenhilfe hat das Oberversicherungsamt in der Berufungsinstanz entschieden, daß weder die Allgemeine Ortskrankenkasse in H., noch die diesseitige Kasse verpflichtet ist, für B. einzutreten. Die Tätigkeit des B. ist als unständige anerkannt, indessen fehlt die Voraussetzung aus § 442 Abs. 3 der RVO. War in diesem Falle die Spruchbehörde verpflichtet, die Firma H. in H., die nunmehr nach § 577 RVO. als zahlungspflichtig angesprochen werden muß, zum Verfahren beizuladen, und ist eine Äußerung des Verletzten auf diesbezügliche Erweiterung des Klageantrages herbeizuführen, um zu vermeiden, daß nach Erlangung der Rechtskraft der Entscheidung in einem späteren gegen die Firma anhängig gemachten Verfahren von seiten eines Versicherungsamts abermals ein entgegengesetzter Standpunkt eingenommen wird? Soweit hier bekannt, liegt eine Entscheidung des Reichsversicherungsamts vor, nach der die Spruchbehörden verpflichtet sind, nicht nur den Anspruch gegen die beklagte Kasse zu prüfen, sondern festzustellen und zu entscheiden, welche Stelle zahlungspflichtig ist.

Antwort: Die Leistungen aus der Krankenversicherung werden nur auf Antrag festgestellt (§ 1545 RVO.), und im Streitfalle haben die Versicherungsbehörden nur innerhalb der erhobenen Ansprüche zu entscheiden (§ 31 VAO. und § 33 OVAO.). Daraus folgt, daß eine Krankenkasse weder zu einer Leistung verurteilt noch von der Leistungspflicht freigesprochen werden kann, wenn nicht der Anspruch gegen sie erhoben, die Klage gegen sie gerichtet war. Das Reichsversicherungsamt hat Klagen mit dem Antrage, die eine oder die andere Krankenkasse zur Leistung zu verurteilen („Alternativklagen"), für zulässig erklärt (Entsch. 2533 Amtl. Nachr. 1919 S. 357, ArbVers. 1919 S. 488; zu vgl. auch das. S. 481, 609 und 1920 S. 188). Ist die Klage nur gegen eine Kasse gerichtet und ergibt sich im Verfahren, daß auch eine andere Kasse als leistungspflichtig in Frage kommen kann, so kann sie zum Verfahren zugezogen werden oder auch ohne Zuziehung beitreten; hierdurch erst wird sie Partei, die als solche zur Leistung verurteilt oder von der Leistungspflicht freigesprochen werden kann (§ 23 VAO., § 18 OVAO.; zu vgl. ArbVers. 1918 S. 440 Ziff. 8). In entsprechender Weise konnte im vorliegenden Fall auch die Firma H. als Unternehmerin wegen ihrer nach § 577 RVO. in Frage kommenden Leistungspflicht zugezogen werden oder von selbst beitreten; denn auch die ihr nach § 577 etwa obliegende Leistung gilt als Leistung der Krankenversicherung (§ 1551 RVO.), so daß darüber in demselben Verfahren entschieden werden konnte. Eine zwingende Pflicht des Oberversicherungsamts, die Firma zuzuziehen, bestand aber nicht. Das ohne Beiladung der Firma ergangene Urteil kann also wegen dieser Unterlassung nicht mit der Revision angegriffen werden (§ 1697 RVO.), und es bleibt nur die Möglichkeit übrig, die Firma im besonderen Verfahren in Anspruch zu nehmen.

Berechnung der Dreiwochenfrist bei der Weiterversicherung.

2. **Nach Liegnitz.** Antwort: Nach § 313 Abs. 2 muß die Absicht der Weiterversicherung „binnen drei Wochen" nach dem Ausscheiden angezeigt werden. Das bedeutet, daß die Anzeige in die drei Wochen, gleich 21 Tagen, fallen muß. Die Frist beginnt mit dem ersten Tage nach dem Ausscheiden oder nach dem Aufhören der Kassenleistungen. Dieser erste Tag gehört aber bereits zu der Dreiwochenfrist, ist also in sie einzurechnen. Endet die Beschäftigung, wie in dem von Ihnen angegebenen Beispiel, am Montag, dem 2. 5., so beginnt die Frist am 3. und endet am 23. 5.; denn vom 3. bis 23. 5. sind 21 Tage, gleich drei Wochen. Danach kann nur die von Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 5b zu § 313, angegebene Berechnungsart die richtige sein. Zu vgl. auch (betr. § 214 RVO.) ArbVers. 1921 S. 159 Ziff. 11.

Haftung der Krankenkasse gegenüber der Krankenhausverwaltung aus dem sogenannten „Garantieschein".

3. **Nach Remscheid.** Frage: Am 14. Dezember 1920 wurde von der Kasse ein Verpflichtungsschein zur Übernahme der Krankenhauspflegekosten für die Mutter eines Kassenmitgliedes als Familienange-

Digitized by Google

hörige ausgestellt. Am 15. Dezember wurde das Mitglied in Haft genommen und vom Stadtbauamt, wo es als Notstandsarbeiter beschäftigt war, erst am 20. Dezember abgemeldet. Die Mitgliedschaft war mit dem Tage der Aufnahme ins Gefängnis beendet und damit auch die Verpflichtung für Familienversicherung. Die Abmeldung ist jedoch erst, wie bereits erwähnt, am 20. Dezember erfolgt. Der Kasse ist diese Tatsache erst bei Prüfung der Kostenrechnung des städt. Krankenhauses für den Monat Januar aufgefallen. Dieselbe war im Februar eingegangen und ist auch gleich dann der Garantieschein zurückgezogen worden. Das Krankenhaus hat daraufhin die Kosten von der Armenverwaltung verlangt. Diese weigert sich aber, weil eine nachträgliche Übernahme von Pflegekosten für die Vergangenheit nicht einen Akt der Armenpflege darstellen könne. Die Krankenhausverwaltung will jetzt gegen die Kasse klagbar vorgehen, weil diese die Kosten, welche nach dem Ende der Mitgliedschaft entstanden sind, in Abzug gebracht hat. Es handelt sich also um die Frage, ob die Kasse verpflichtet ist, bis zur erfolgten Zurückziehung des Garantiescheins die Kosten zu tragen.

Antwort: Es ist zunächst schon zweifelhaft, ob durch die gefängliche Einziehung des Versicherten seine Mitgliedschaft bei der Kasse sofort erlosch. Es konnte sich möglicherweise nur um eine kurze Unterbrechung der tatsächlichen Arbeitsleistung ohne Lösung des versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses handeln. (Näheres hierüber bei Hahn, Anm. 21 zu § 165 RVO.) Selbst wenn aber der Versicherte durch die gefängliche Einziehung sofort aus der Kasse ausgeschieden wäre, so dauerte doch der bereits begründete Anspruch auf Familienhilfe für seine Mutter über die Kassenmitgliedschaft hinaus für die in der Satzung bestimmte Zeit fort, sofern nicht die Satzung das Gegenteil bestimmt (zu vgl. ArbVers. 1909 S. 740 Ziff. 12). Endlich aber kommt es im Verhältnis der Kasse zur Krankenhausverwaltung überhaupt nicht darauf an, ob die Leistungspflicht der Kasse gegenüber dem Versicherten beendet war oder nicht. Der Krankenhausverwaltung haftet die Kasse auf Grund des durch den „Garantieschein" erteilten Auftrags, solange dieser nicht widerrufen war. Es könnte höchstens ein Ersatzanspruch der Kasse gegen den Arbeitgeber in Frage kommen, falls dieser die Abmeldung schuldhaft verzögert und die Kasse infolge davon Leistungen über ihre Pflicht hinaus gewährt hat (zu vgl. Hahn, Anm. 1 f zu § 317 RVO.).

Versicherungspflichtige Nebenbeschäftigung eines nach § 169 RVO. Versicherungsfreien.

4. **Nach Bergheim-Erft.** Antwort: Ihre Anfrage wird durch unsere Auskunft im Jahrg. 1920 S. 617 Ziff. 1 und durch die Entsch. des RVA. daselbst S. 170 bereits vollkommen erledigt, da der Fall ganz entsprechend liegt. Der nach § 169 RVO. versicherungsfreie Kreissekretär ist wegen der nebenberuflichen Beschäftigung im Dienste des Wirtschaftsamtes, bei einem Entgelt von 4800 ℳ jährlich, krankenversicherungspflichtig.

Wem gehören die Prozeßakten?

5. **Nach Freiberg i. S.** Frage: Das Versicherungsamt erhebt Eigentumsansprüche auf unsere ihm als Beweis eingereichten Ermittlungen in einer Streitsache. Nachdem der Beschlußausschuß die Entscheidung gefällt und diese inzwischen auch Rechtskraft erlangt hat, wollen wir unsere Akten zurückhaben. Das Versicherungsamt will uns die Akten jedoch nicht mehr herausgeben, sondern unsere Unterlagen bei den Akten des Versicherungsamts behalten. Wir bitten um Auskunft, wem die Akten gehören.

Antwort: Die Frage läßt sich nicht allgemein beantworten, sondern es kommt auf die Art der einzelnen Schriftstücke an. Anträge und sonstige Schreiben, die die Kasse zum Zweck des Betriebes der Streitsache bei dem Versicherungsamt eingereicht hat (Klage, Gegenschriften, Äußerungen auf Erfordern des Versicherungsamts usw.), verbleiben bei den Akten des Amts; ebenso selbstverständlich die Niederschriften und Äußerungen, die das Amt veranlaßt hat. Dagegen gehören der Kasse alle Schriften, die, unabhängig von dem Verfahren des Versicherungsamts, insbesondere schon vor der Anhängigkeit der Streitsache, durch den eigenen Betrieb der Aufgaben der Kasse entstanden sind, z. B. An- und Abmeldungen, Anträge, die bei der Kasse gestellt sind, Schriftwechsel mit anderen Kassen, oder sonstigen Versicherungsträgern, mit Arbeitgebern, Versicherten, Armenverbänden, Ärzten usw.; diese Schriften sind von Amts wegen oder mindestens auf Erfordern an die Kasse zurückzugeben; ebenso Niederschriften über Erhebungen, die die Kasse aus eigenem Antrieb veranlaßt hat, und selbstverständlich auch Verträge, Quittungen und sonstige Urkunden, die sie zum Zwecke des Beweises dem Versicherungsamt eingereicht hat.

Grunderwerbssteuer beim Ankauf eines Verwaltungsgebäudes durch eine Krankenkasse.

6. **Nach Ückermünde.** Antwort: Die Versicherungsträger als solche sind von der Grunderwerbssteuer nicht befreit. Diese ist daher zu entrichten, wenn eine Krankenkasse ein Grundstück zu Verwaltungszwecken erwirbt. Da sie aber eine Körperschaft des öffentlichen Rechts ist, so wird nach § 8 Ziff. 9 Grunderwerbs-St.-G. die Steuer nicht erhoben, wenn sie zur Besiedlung des platten Landes oder zur Schaffung gesunder Kleinwohnungen für Minderbemittelte ein Grundstück erwirbt oder veräußert. Vgl. ArbVers. 1920 S. 602 und S. 676. Die Steuer ist sogar zu entrichten, wenn der Erwerb zur Errichtung einer Heilanstalt oder eines Erholungsheims stattfindet. Denn solche Anstalten sind nicht zu den öffentlichen Erholungsanlagen zu rechnen, deren Schaffung oder Erweiterung die Befreiung von der Grunderwerbssteuer gemäß § 10 Ziff. 10 bedingt.

Erneuerung eines Invalidenrentenantrags nach Zurückziehung oder Verzicht.

7. **Nach Kochlitz.** Frage: Hat § 1635 RVO. auch Anwendung zu finden, wenn ein Antrag auf Rente freiwillig zurückgezogen oder auf den Weiterbezug der Rente freiwillig verzichtet worden ist?

Antwort: Nein! Denn die Vorschrift, daß nach näherer Bestimmung des § 1635 der abgelehnte Antrag erst nach einem Jahre wiederholt werden kann, ist als eine Rechtskraftwirkung gedacht (zu vgl. Hanow-Lehmann, Anm. 2 zu § 1635), setzt also eine der Rechtskraft fähige Entscheidung voraus.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Str. 12.
Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., in Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitt, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bernhat, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. A. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

Heft 1323 der ganzen Folge.

38. Jahrgang | 21. Juli 1921 | Heft 21

Die Neuregelung des Jahresarbeitsverdienstes in der Unfallversicherung.

Vom Direktor des Städt. Versicherungsamtes München Dr. Heinz Jaeger in Solln bei München.

Der 11. April 1921, der 96. Geburtstag Ferdinand Lasalles, hat der deutschen Arbeiterschaft zwei Gesetze auf dem Gebiete der Sozialversicherung geschenkt, von denen das eine die Unfallversicherung, das andere die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung betrifft. Das letztgenannte Gesetz, die in Form einer Bekanntmachung erfolgte Neuredaktion des Gesetzes vom 26. Dezember 1920 auf Grund des Abänderungsgesetzes vom 7. April 1921 hat bereits in Heft 14 S. 263 ff. dieser Zeitschrift eine eingehende Besprechung gefunden. Die folgenden Ausführungen sind dem Gesetze betr. Änderungen in der Unfallversicherung gewidmet, das in Nr. 43 des Reichsgesetzblattes vom 15. April 1921 S. 467 ff. veröffentlicht ist und in zwanzig Artikeln zum Teil außerordentlich einschneidende Bestimmungen bringt. (ArbVers. 1921 S. 251; zu vgl. hierzu Krohn daselbst S. 352 ff.)

Der Reichsarbeitsminister hatte ursprünglich dem Reichstag (Drucksache Nr. 1466) nur einen kurzen, sechs Paragraphen umfassenden „Entwurf eines Gesetzes über die Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes in der Unfallversicherung" vorgelegt, das sich zum Teil mit der Änderung der sog. Drittelungsgrenze des Jahresarbeitsverdienstes, zum Teil mit einer aus dem auf den 1. Januar 1920 zurückverlegten Inkrafttreten des Gesetzes sich ergebenden Redaktion der Verordnung vom 5. Mai 1920 über die Gewährung von Zulagen zu Renten aus der Unfallversicherung befaßte. Aus den Beratungen im Ausschusse des Reichstages für soziale Angelegenheiten, in dem der Abgeordnete Hoch die Berichterstattung führte, ging das Gesetz nach dreitägiger, zum Teil sehr eingehender Beratung in völlig umgestalteter Form an den Reichstag (Drucksachen 1734), der ihm nach ebenfalls nicht allzu kurzer Debatte in der Sitzung vom 19. März 1921 seine Zustimmung gab.

Das Gesetz, das wie die Mehrzahl der in den letzten Jahren erschienenen Änderungsgesetze und -verordnungen auf dem Gebiete der Arbeiterversicherung in erster Linie aus dem krassen Widerspruch zwischen den in der Reichsversicherungsordnung festgesetzten Geldbeträgen und dem heutigen tatsächlichen Geldwert entstanden ist, zerfällt, wenn auch äußerlich nicht geschieden, in folgende acht Gruppen von Vorschriften, nämlich in die:

1. Erweiterung der für die Versicherungspflicht und die Versicherungsberechtigung maßgebenden Höchstgrenze an Jahresarbeitsverdienst (Art. I, II, III, IV, X):
2. Erhöhung der sog. Drittelungsgrenze des Jahresarbeitsverdienstes (Art. V);
3. teilweise Neuregelung der Umlagenberechnung (Art. V, VI, IX);
4. Ausdehnung der Krankenhilfepflicht des Unternehmers (Art. XIV);

Digitized by Google

5. Neuberechnung des durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienstes land- und forstwirtschaftlicher Arbeiter (Art. VII, VIII);
6. Neuberechnung des Jahresarbeitsverdienstes in der Seeunfallversicherung (Art. XI);
7. Erhöhung der Zulagen zu Renten aus der Unfallversicherung (Art. XII, XIII);
8. Übergangs- und Ausführungsbestimmungen (Art. XV—XX).

Eine Besprechung des Gesetzes wird sich daher im Interesse einer klaren Übersicht am besten an diese Reihenfolge halten, hierbei aber, da die Termine des Inkrafttretens der einzelnen Teile verschieden geregelt sind, aus den Ausführungs- und Übergangsbestimmungen die einschlägigen Vorschriften vorwegnehmen.

1. Die Höchstgrenze an Jahresarbeitsverdienst für die Versicherungspflicht und die Versicherungsberechtigung.

Wie in allen anderen Zweigen der Arbeiterversicherung, so sind auch in der Unfallversicherung die Arbeiter ohne Rücksicht auf die Höhe ihres Jahresarbeitsverdienstes der Versicherungspflicht unterworfen. Nur für Betriebsbeamte besteht eine Einschränkung, indem sie nach den §§ 544 Abs. 1, 923 Abs. 1 Ziff. 2 RVO. der Versicherungspflicht nur dann unterliegen, wenn ihr Jahresgehalt 5000 ℳ nicht überschreitet. Die Satzung und die Ausführungsbestimmungen können nach den §§ 548 Ziff. 3, 896, 925 Ziff. 2, 1063 RVO. die Versicherungspflicht auch auf diejenigen Betriebsbeamten erstrecken, deren Jahresverdienst mehr als 5000 ℳ beträgt. Ebenso vermag die Satzung die Versicherungspflicht auf Betriebsunternehmer zu erstrecken, deren Jahresarbeitsverdienst 3000 ℳ nicht übersteigt oder die regelmäßig keine oder höchstens zwei Versicherungspflichtige gegen Entgelt beschäftigen.

Es unterlag bei den Beratungen im Reichstag keinem Zweifel, daß die hier angesetzten Geldbeträge für die heutigen Verhältnisse zu nieder bemessen sind. Die Frage war aber in den Verhandlungen weniger darauf gerichtet, welcher Betrag nun an ihre Stelle zu treten habe, als darauf, ob nicht die Gehaltsgrenze hinsichtlich der Versicherungspflicht vollständig zu fallen habe und dementsprechend die übrigen die Ausdehnung der Versicherungspflicht durch die Satzung ermöglichenden Bestimmungen zu streichen wären. Es wurde nicht mit Unrecht darauf hingewiesen, daß es eigentlich eine Selbstverständlichkeit sein müsse, hinsichtlich eines Unfalles Betriebsbeamte und Arbeiter einander gleichzustellen. Der Reichstagsausschuß hat auch zunächst die Versicherungspflicht ohne Rücksicht auf die Höhe des Jahresarbeitsverdienstes festgelegt. Bei der Beschlußfassung im Reichstag aber wurde diese Bestimmung wieder gestrichen und die §§ 544 Abs. 1 Ziff. 2, 923 Abs. 1 Ziff. 2 RVO. dahin geändert, daß Betriebsbeamte der Versicherungspflicht nur dann unterliegen sollen, wenn ihr Jahresarbeitsverdienst 40 000 ℳ an Entgelt nicht übersteigt. In gleicher Weise wurde in der Seeunfallversicherung die Jahresarbeitsverdienstgrenze, welche von der Versicherung umfaßt wird (§ 1063), auf 40 000 ℳ erhöht. Der Satzung wird es freigestellt, die Versicherungspflicht für gewerbliche und landwirtschaftliche Betriebsbeamte auch über die Verdienstgrenze von 40 000 ℳ Jahresarbeitsverdienst zu erstrecken und in der Seeunfallversicherung auch einen höheren Betrag als 40 000 ℳ an Jahresarbeitsverdienst durch die Versicherung zu erfassen.

Im Gegensatz zur Versicherung der Betriebsbeamten beließ es auch der Reichstag bei der Streichung der Bestimmungen, welche bisher die durch die Satzung ausgesprochene Versicherung der Betriebsunternehmer einschränkten. Durch die Satzung können daher künftig sowohl gewerbliche Betriebsunternehmer (§ 548 Ziff. 1) als auch landwirtschaftliche Unternehmer (§ 925 Ziff. 1) und die zur Besatzung des Fahrzeuges gehörenden Reeder (§ 1059) bedin-

Digitized by Google

gungslos der Versicherungspflicht unterworfen werden.

Was die Versicherungsberechtigung dieser Unternehmer betrifft, so ließ es der Reichstag auch weiterhin bei der Bestimmung der §§ 550, 927 RVO., wonach diese Berechtigung an eine gewisse Jahresarbeitsverdienstgrenze oder an die Tatsache geknüpft ist, daß regelmäßig keine oder höchstens zwei Versicherungspflichtige gegen Entgelt beschäftigt werden, daß aber die Satzung die Selbstversicherung auch dann zulassen kann, wenn die vorgesehene Jahresarbeitsverdienstgrenze überschritten wird oder regelmäßig wenigstens drei Versicherungspflichtige beschäftigt werden. Mit Rücksicht auf die allgemeine Teuerung und zufolge der übrigen hinsichtlich des Jahresarbeitsverdienstes der Betriebsbeamten usw. getroffenen Regelung wurde aber die bisher 3000 ℳ betragende Verdienstgrenze an Jahresarbeitsverdienst auf 40 000 ℳ erhöht.

Was das Inkrafttreten der einzelnen Bestimmungen betrifft, so gelten die Vorschriften über die Erweiterung der versicherungspflichtigen Höchstgrenze an Jahresarbeitsverdienst für Betriebsbeamte, die satzungsmäßige Erstreckung der Versicherungspflicht auf Betriebsunternehmer und auf Betriebsbeamte mit mehr als 40 000 ℳ Jahresarbeitsverdienst rückwirkend ab 1. Januar 1920 (Art. XVI), während die Neuregelung der Versicherungsberechtigung der Unternehmer am Tage der Verkündigung des Gesetzes (Art. XIX), d. i. am 15. April 1921 in Geltung trat.

Die rückwirkende Ausdehnung der Versicherungspflicht auf Betriebsbeamte mit mehr als 5000 ℳ aber weniger als 40 000 ℳ ist bedingungslos; sie umfaßt daher alle seit dem 1. Januar 1920 eingetretenen Unfälle und es bedarf in dieser Hinsicht einer Festsetzung durch die Berufsgenossenschaften.

Die Berufsgenossenschaften müssen daher in ein nachträgliches Rentenbewilligungsverfahren eintreten. Das Gesetz (Art. XVI Abs. 2) sieht lediglich den Fall vor, daß bereits eine rechtskräftige Ablehnung erfolgt ist, weil ein Unternehmer oder ein Betriebsbeamter bisher nach dem Gesetz nicht versichert war. Hier obliegt dem Versicherungsträger die nochmalige Überprüfung der Feststellung mit der Maßgabe, daß, wenn diese Prüfung zu einem für den Berechtigten günstigeren Ergebnis führt, ein neuer Bescheid zu erteilen ist. Das gleiche ist der Fall, wenn der Berechtigte den Antrag auf Bescheidserteilung stellt. Es ist nicht ganz klar ersichtlich, ob diese Antragstellung seitens des Berechtigten gleichfalls nur für Fälle gelten soll, in denen bereits eine rechtskräftige ablehnende Entscheidung erfolgt ist oder ob sie sich, auch oder nur, auf diejenigen Fälle bezieht, in denen der Versicherungsträger zu einer Stellungnahme keine Veranlassung hatte, weil mangels Bestehen einer Versicherungspflicht ein Antrag auf Entschädigung überhaupt nicht gestellt war. Meines Erachtens ist die letztere Annahme wohl die zutreffendere, weil sonst für die Fälle, mit denen sich bisher der Versicherungsträger überhaupt noch nicht befaßt hatte, die nachträgliche Gewährung einer Entschädigung ausgeschlossen wäre, zumal sich auch die zum Vollzug der Art. XVI und XVIII des Gesetzes ergangenen Ausführungsbestimmungen des Reichsversicherungsamtes vom 31. Mai 1921 (Deutscher Reichsanzeiger Nr. 131 vom 3. Juni 1921) nicht näher mit dieser Frage befassen.

Nach dem hier einschlägigen § 8 dieser Ausführungsbestimmungen hat der Versicherungsträger, wenn das Ergebnis seiner Prüfung zu einem für den Berechtigten günstigeren Ergebnis führt oder wenn es der Berechtigte beantragt, dem Berechtigten einen Bescheid nach § 1583 RVO. zu erteilen. Gegen diesen Bescheid ist Einspruch zum Versicherungsamt, gegen den Endbescheid Berufung zum Oberversicherungsamt und gegen dessen Urteil, wenn es die Versicherungspflicht oder die Gewährung einer Rente verneint oder eine Dauerrente zubilligt, Rekurs zum Reichs- bzw. Landesversicherungsamt, wenn es eine vorläufige

Digitized by Google

Rente gewährt, kein weiteres Rechtsmittel zulässig.

Die rückwirkende Geltung der durch die Satzung auf Betriebsunternehmer usw. erstreckten Versicherungspflicht bedarf jedoch wohl einer Änderung der Satzung durch die Genossenschaftsversammlung (§§ 686 Ziff. 2, 975 RVO.). Man wird es hier aber, ähnlich wie bei der rückwirkenden Erhöhung des Grundlohnes auf den 7. April 1920 durch die Verordnung vom 30. April 1920 (RGBl. S. 769) als selbstverständlich ansehen müssen, daß die Genossenschaftsversammlung freien Spielraum hinsichtlich des Inkrafttretens der Neuregelung hat und daß der 1. Januar 1920 nur der äußerste Termin ist, bis zu dem sie mit der Erstreckung der Versicherungspflicht zurückgehen darf. Anderseits verlieren Betriebsunternehmer, auf welche bisher die Versicherungspflicht erstreckt war, wenn etwa die Genossenschaft mit Rücksicht auf die mit der bedingungslosen Ausdehnung der Versicherungspflicht verbundenen Belastung künftig von einer solchen Regelung absehen will, deswegen nicht ihren Anspruch auf Entschädigung, weil sich ihr Unfall zwischen dem 1. Januar 1920 und dem Tage der Änderung der Satzung ereignet hat.

Erstreckt der Versicherungsträger die Versicherungspflicht auf einen zwischen dem 1. Januar 1920 und dem 15. April 1921 liegenden Zeitpunkt, so gilt für die nachträgliche Bewilligung einer Entschädigung das oben bereits Gesagte. Auch hier hat, wenn eine rechtskräftige Ablehnung bereits erfolgt war, von Amts wegen eine Nachprüfung stattzufinden. Führt diese dann zu einem günstigeren Ergebnis oder stellt der Berechtigte entsprechenden Antrag, so ist ein neuer Bescheid zu erteilen.

Die Neuregelung der Versicherungspflicht der Betriebsbeamten hat die weitere Geltung der Verordnung vom 15. November 1917 (RGBl. S. 1056) entbehrlich gemacht, durch welche die Vorstände der Berufsgenossenschaften ermächtigt wurden, mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde die Versicherungspflicht auf einen höheren als den in der Reichsversicherungsordnung oder der Satzung vorgesehenen Jahresarbeitsverdienst zu erstrecken. Sie ist daher nunmehr mit Wirkung ab 31. Dezember 1921 aufgehoben (Art. XV).

2. Die Drittelungsgrenze des Jahresarbeitsverdienstes.

Im Mittelpunkt der Verhandlungen des Reichstages stand die sog. Drittelung des Jahresarbeitsverdienstes, d. h. die der gesamten Unfallversicherung gleiche Bestimmung, wonach bei Berechnung der Entschädigung der Jahresarbeitsverdienst nur bis zu einem gewissen Maße (bisher 1800 ℳ) voll, darüber hinaus aber nur mit einem Drittel des überschießenden Betrages in Anrechnung gebracht wird. Der Grundgedanke der Unfallversicherung ist, den durch die mit einem Unfallschaden verbundene Beschränkung der Erwerbsfähigkeit entstehenden Verdienstausfall in Form einer laufenden Geldrente zu entschädigen. Naturgemäß müßte, da für die Berechnung des Verdienstausfalls nur wieder dieser Verdienst selbst herangezogen werden kann, die Entschädigung nach dem vollen Jahresarbeitsverdienst erfolgen. Die Verhandlungen im Reichstag gingen daher vor allem um die Frage, ob die Drittelungsgrenze vollständig fallen zu lassen und dem Grundsatze des § 563 RVO., wonach die Rente nach dem Entgelt berechnet wird, den der Verletzte während des letzten Jahres im Betriebe bezogen hat, unumschränkt Geltung zu verschaffen sei. Die Regierung widersprach der bedingungslosen Anrechnung des Jahresarbeitsverdienstes entschieden. Auch aus den Kreisen der Abgeordneten wurden Stimmen laut, wonach die Belastung der Berufsgenossenschaften und des durch sie vertretenen Unternehmertums nicht zu verantworten sei und auch voraussichtlich von schwerwiegenden Rückwirkungen auf die allgemeine Wirtschaftslage sein werde. Trotzdem wurde im Ausschuß die Zugrundelegung des vollen Jahresarbeitsverdienstes nur mit zwei Stimmen Mehrheit (15 : 13) abgelehnt.

Digitized by Google

In den weiteren Verhandlungen spielte nun die Frage eine bedeutende Rolle, ob an Stelle der Drittelung nicht eine Hälftelung treten solle. Als auch diese Regelung abgelehnt war, verursachte die Festsetzung der Höhe des Jahresarbeitsverdienstes, von der ab die Drittelung zu beginnen habe, noch langwierige Debatten. Dem Vorschlag der Regierung mit 5400 ℳ stand eine schon im September 1920 gefaßte gutachtliche mit 12 gegen 6 Stimmen gefaßte Äußerung des sozialpolitischen Ausschusses des Reichswirtschaftsrates mit 7500 ℳ, sowie Anträge der verschiedenen Parteien mit 9000 ℳ, 12 000 ℳ, 18 000 ℳ gegenüber. Der Ausschuß einigte sich auf 12 000 ℳ, als plötzlich im Plenum des Reichstags ein neuer Antrag auf Festsetzung einer Summe von 10 200 ℳ eingebracht wurde. In namentlicher Abstimmung wurde dieser Antrag mit 138 gegen 136 Stimmen bei zwei Stimmenthaltungen abgelehnt, um dann in der dritten Lesung doch noch Annahme zu finden. Der Jahresarbeitsverdienst wird daher künftighin bis 10 200 ℳ voll, sodann mit einem Drittel des diese Summe überschießenden Betrags in Anrechnung gebracht (§§ 563 Abs. 2, 939, 1073, 1079 RVO.).

Wenn diese Regelung auch gerade nicht voll befriedigen kann — die Verhandlungen im Reichstag bieten selbst kein Bild von Folgerichtigkeit und von klarer Erkenntnis der sozialen Notwendigkeiten —, so bringt sie doch eine erhebliche Besserstellung der großen Mehrzahl der Unfallverletzten, für die sie in weitgehendem Umfange zu einer Vollanrechnung des Verdienstes wird. Der hochentlohnte Arbeiter wird allerdings in um so stärkerem Maße geschädigt sein, je mehr sein Verdienst die Grenze von 10 200 ℳ übersteigt. Die Fälle härtester Not, wie sie bei der bisherigen Rentenberechnung nur zu leicht gegeben waren, sind aber nunmehr, wie die erste der beiden in Heft 18 S. 353 abgedruckten Tabellen zeigen, doch beseitigt.

Der Neuregelung der Drittelungsgrenze ist Rückwirkung auf den 1. Januar 1920 beigelegt. Dabei ist jedoch (Art. XVI Abs. 1 Satz 1) bestimmt, daß, soweit zur Feststellung der Entschädigung auf Jahresarbeitsverdienste zurückgegriffen werden muß, die im Jahre 1919 bezogen wurden, auch die in dieser Zeit erhaltenen Summen nach den neuen Vorschriften zu berücksichtigen sind, so daß sich hinsichtlich der Berechnung der Entschädigung die Rückwirkung auch auf das Jahr 1919 erstreckt.

Wie hinsichtlich der Entschädigung für neu von der Versicherungspflicht erfaßte Unternehmer (s. o. I), so sind die Versicherungsträger auch hinsichtlich der für Unfälle, die sich nach dem 31. Dezember 1919 ereignet haben, festgestellten Versicherungsleistungen verpflichtet, in eine neuerliche Überprüfung einzutreten, wenn die Entschädigung bereits rechtskräftig nach den bisherigen Bestimmungen festgesetzt ist. Führt dann die Prüfung zu einem für den Berechtigten günstigeren Ergebnis oder wird es von dem Berechtigten beantragt, so ist nach dem Wortlaut des Gesetzes ein neuer Bescheid zu erteilen. Das Reichsversicherungsamt hat jedoch in seinen Ausführungsbestimmungen vom 31. Mai 1921 dieses Verfahren etwas vereinfacht. Es bestimmt nämlich in § 1, daß der Versicherungsträger, wenn seine Prüfung zu einem für den Berechtigten günstigeren Ergebnis führt, dem Berechtigten die Umrechnung seiner Rente zunächst durch formloses Schreiben mitteilen kann. Erst wenn sich der Berechtigte bei diesem Schreiben nicht beruhigt, oder wenn er einen förmlichen Antrag stellt, ist ihm ein Bescheid zu erteilen. Da es sich hier nicht um eine erstmalige Stellungnahme zu dem Entschädigungsanspruch, sondern lediglich um eine Umanerkennung der bereits zugebilligten Entschädigungsleistungen handelt, so greift nicht wie bei der nachträglichen Entscheidung über die Entschädigung gegenüber den erst durch das neue Gesetz versicherungspflichtig gewordenen Betriebsbeamten und Betriebsunternehmern das förmliche Einspruchverfahren der §§ 1591 ff. RVO., sondern ein vereinfachtes Einspruchverfahren Platz. Gegen den Bescheid ist nämlich binnen einem

Digitized by Google

Monat nach seiner Zustellung Einspruch zum Oberversicherungsamt (Spruchkammer) zulässig, das unter Vorbehalt des § 1693 RVO. endgültig entscheidet (§ 4). Zuständig ist das Oberversicherungsamt, das zu entscheiden hätte, wenn es sich um eine Berufung gegen einen Endbescheid des Versicherungsträgers handelt würde (§ 2 Abs. 2). In dem Bescheid ist darauf hinzuweisen, daß er binnen einem Monat nach seiner Zustellung rechtskräftig wird; weiter ist das für die Einlegung des Einspruchs zuständige Oberversicherungsamt zu bezeichnen (§ 2 Abs. 1). Der Bescheid selbst ist dem Berechtigten zuzustellen, wobei die §§ 135, 136 RVO. entsprechend gelten (§ 3). Für das Verfahren über den Einspruch gelten die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über das Spruchverfahren vor dem Versicherungsamt entsprechend, soweit nicht die §§ 1684 bis 1686, 1690 bis 1693 RVO. etwas anderes vorschreiben (§ 6). Der Wegfall der alten und die Zahlung der neu festgestellten Entschädigungen ist bei der Post anzuweisen (§ 7). Über die für 1920 treffenden Rentennachzahlungen haben die Versicherungsträger Listen zu führen, deren Ergebnis sie Ende 1921 auf Anfordern dem Reichsversicherungsamt mitzuteilen haben (§ 9).

3. Änderungen der Umlageberechnung.

Die Beiträge der Mitglieder der Berufsgenossenschaften werden bekanntlich nach dem Entgelt berechnet, den die Versicherten im Betriebe verdient haben, wobei der die Drittelungsgrenze übersteigende Betrag nur mit einem Drittel zugrunde gelegt wird (§§ 732, 1017, 1170). Entsprechend der Erhöhung der Drittelungsgrenze wurde auch für die Umlagenberechnung bestimmt, daß erst der 10 200 ℳ übersteigende Betrag des Entgelts des einzelnen Versicherten mit einem Drittel zur Anrechnung gelangt. Was die Seeunfallversicherung betrifft, bei der ein 40 000 ℳ übersteigender Entgelt der Entschädigung nur dann zugrunde gelegt wird, wenn es die Satzung vorsieht (sog. Nullungsgrenze des § 1170), wurde ferner bestimmt, daß der den Betrag von 40 000 ℳ übersteigende Teil des Entgelts nur dann angerechnet wird, wenn die Satzung die Versicherung auf einen höheren Jahresarbeitsverdienst erstreckt hat (zu vgl. im Heft 18 S. 352 die zweite Tabelle).

Für die landwirtschaftliche Unfallversicherung trifft Art. IX. noch eine besondere Regelung, indem der bei Berechnung der Umlage nach dem Steuerfuß durch Satzungsbestimmung ermöglichte einheitliche Mindestbeitrag des § 1006 RVO. erheblich erhöht wird. Während er bisher höchstens eine Mark und, wenn Unternehmer versichert oder mitversichert waren, höchstens zwei Mark im Jahre betrug, wird er jetzt einheitlich auf höchstens 20 ℳ festgesetzt.

Die satzungsmäßige Erhöhung des einheitlichen Mindestsatzes auf 20 ℳ tritt ab 15. April 1921 in Geltung (Art. XIX.). Dagegen haben die übrigen, mit der Drittelungsgrenze des Jahresarbeitsverdienstes zusammenhängenden Vorschriften der Umlagenberechnung Rückwirkung auf 1. Januar 1920 erhalten. Die Rückwirkung ist aber im Interesse eines ungestörten Verlaufs der Umlagenerhebung für das Jahr 1920 insoweit beschränkt, als es den Vorständen der Berufsgenossenschaften überlassen ist, ob sie bei der Umlegung der Aufwendungen für das Jahr 1920 die neuen oder noch die bisherigen Vorschriften anwenden wollen. Ab 1. Januar 1921 können jedoch nur mehr die neuen Vorschriften angewendet werden (Art. XVI. Abs. 1 Satz 2).

4. Die Ausdehnung der Krankenhilfepflicht des Unternehmers.

In der gewerblichen (§ 577) wie in der Seeunfallversicherung (§ 1084) hat der Unternehmer einem Verletzten, der zu den von der Versicherung erfaßten Personen gehört, aber nicht gegen Krankheit versichert ist, während der ersten 13 Wochen Krankenhilfe zu gewähren. Soweit Betriebsbeamte in Frage kamen, war diese Verpflichtung des Unternehmers darauf beschränkt, daß es sich um

Digitized by Google

Beamte mit einem 2500 ℳ nicht übersteigenden Jahresarbeitsverdienst handelte. Diese Summe blieb auch bestehen, als durch die Verordnung vom 22. November 1918 (RGBl. S. 1321) die Höchstgrenze an Jahresarbeitsverdienst in der Krankenversicherung für Betriebsbeamte auf 5000 ℳ und später durch Verordnung vom 30. April 1920 (RGBl. S. 769) auf 15 000 ℳ erhöht wurde. Der Reichstag hat nunmehr hieraus die gebotene Folgerung gezogen und mit Wirkung ab 15. April 1921 den Unternehmer für verpflichtet erklärt, unfallverletzten, aber gegen Krankheit nicht versicherten Betriebsbeamten, sofern sie zu den nach den §§ 544, 545 bzw. den §§ 1046, 1049 gegen Unfall Versicherten gehören, Krankenhilfe im Rahmen der Vorschriften der §§ 577, 1084 zu gewähren, wenn ihr Jahresarbeitsverdienst 15 000 ℳ nicht übersteigt.

5. Der durchschnittliche Jahresarbeitsverdienst land- und forstwirtschaftlicher Arbeiter.

Für die landwirtschaftlichen Arbeiter, die nicht unter die §§ 931 bis 935 RVO. fallen, d. h. nicht zu den Betriebsbeamten oder Facharbeitern gehören, richtet sich die Rente nach dem Jahresarbeitsverdienste, den landwirtschaftliche Arbeiter zur Zeit des Unfalls durch landwirtschaftliche und andere Erwerbstätigkeit am Beschäftigungsorte durchschnittlich erzielen, wobei der 1800 ℳ übersteigende Betrag nur mit einem Drittel angerechnet wird. Diese letztere Bestimmung dürfte überwiegend nicht praktisch geworden sein. Denn die durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienste land- und forstwirtschaftlicher Arbeiter sind in ihrer seit 1913 unverändert fortbestehenden, nur höchst selten und auch da nicht erheblich geänderten Festsetzung wohl das im schärfsten Widerspruch zu den tatsächlichen Lohnverhältnissen Stehende, was man sich denken kann. Die Unfallentschädigungen land- und forstwirtschaftlicher Arbeiter sind daher trotz einer für die Unfälle ab 1. Oktober 1918 (Verordnung vom 20. September 1918, RGBl. S. 1222) um 30 v. H. und für die Unfälle ab 1. April 1919 (Verordnung vom 6. August 1919, RGBl. S. 1369) um 60 v. H. erfolgten Erhöhung noch so nieder, daß bei schwereren Schädigungen der Erwerbsfähigkeit die Inanspruchnahme der Armenpflege unvermeidbar ist. Hier gründlich Wandel zu schaffen und die längst fällige Gleichstellung der landwirtschaftlichen mit den gewerblichen Arbeitern durchzuführen, konnte sich der Reichstag auch jetzt nicht entschließen. Er beschloß nur zunächst eine neuerliche kräftige Erhöhung der bisherigen durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienste, indem er bestimmte (Art. XVIII), daß für alle Unfälle, die sich ab 1. Januar 1920 ereignen, die Rente nach einem Jahresarbeitsverdienste zu berechnen ist, der um 500 % höher ist, als der zuletzt vor dem 1. August 1919 festgesetzte; nur wenn seitdem ein diesen um das Fünffache erhöhten Jahresarbeitsverdienst übersteigender Jahresarbeitsverdienst festgesetzt worden ist, bleibt der höhere Betrag für die Rentenberechnung maßgebend.

Diese Regelung soll aber gleichfalls nur vorübergehend sein. Sie soll nur mehr bis zu der in allernächster Zeit zu erfolgenden Neufestsetzung der durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienste im ganzen Reiche gelten, worauf diese neue Festsetzung an ihre Stelle treten soll. Damit ist bereits festgelegt, daß die neuen Sätze keinesfalls sich unter dem Fünffachen des im Jahre 1914 festgesetzten durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienstes bewegen dürfen.

Das Verfahren bei Festsetzung des durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienstes land- und forstwirtschaftlicher Arbeiter wird durch das Gesetz gleichzeitig auf eine völlig neue, dem Verfahren bei der Festsetzung der Ortslöhne angenäherten Grundlage gestellt.

Der maßgebende § 936 RVO. bleibt zwar in seinen, die Art der Festsetzung nach Geschlechtern, nach Berufs- (Land- und Forstwirtschaft) und nach Altersgruppen regelnden Bestimmungen erhalten. Darüber hinaus wird aber für die Ermittlung des festzusetzenden Durchschnittssatzes ein Verfahren vorgesehen, das nach Möglichkeit die Gewähr

Digitized by Google

für äußerste Genauigkeit und Richtigkeit der Festsetzung zu bieten sucht. Das Oberversicherungsamt, dem wie schon bisher die Festsetzung obliegt, hört zunächst die Versicherungsämter seines Amtsbezirks, die wiederum die hauptsächlich in der Landwirtschaft beschäftigten Versicherungsvertreter zu hören haben und daneben die Gemeinde- und Krankenkassenvorstände hören können. Das Oberversicherungsamt erholt sich ferner von den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften und den anderen Trägern der land- und forstwirtschaftlichen Unfallversicherung seines Bezirks, also z. B. von den staatlichen Ausführungsbehörden, ferner vom Bezirkswirtschaftsrat und den in seinem Bezirk hauptsächlich vertretenen Verbänden der landwirtschaftlichen Arbeitgeber und Arbeitnehmer sowie der landwirtschaftlichen Vertretungskörper eine gutachtliche Äußerung. Welche Verbände der Arbeitnehmer und Arbeitgeber sowie welche Vertretungskörper zu hören sind, bestimmt die oberste Verwaltungsbehörde. Das Oberversicherungsamt hat ferner bei der Festsetzung die Sätze für Barlöhne und für Sachbezüge in den für seinen Bezirk zwischen landwirtschaftlichen Arbeitgebern oder ihren Vereinigungen und Vereinigungen landwirtschaftlicher Arbeitnehmer abgeschlossenen Tarifverträgen zu berücksichtigen. Es sind also alle Vorkehrungen getroffen, um den durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienst möglichst den wirklichen Löhnen anzunähern. Es darf daher wohl angenommen werden, daß mit der bevorstehenden Reform der Arbeiterversicherung der letzte Schritt zum Übergang zur allgemeinen Individuallohnberechnung auch in der landwirtschaftlichen Unfallversicherung geschieht.

Dem grundlegenden § 936 werden ferner noch zwei weitere Paragraphen angefügt. Der eine (§ 936 a) legt fest, daß auch die durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienste von vier zu vier Jahren neu festzusetzen sind und daß der erste Vierteljahrsabschnitt am 1. Januar 1923 beginnt. Zwischenfestsetzungen sind zulässig, gelten aber nur bis zur nächsten allgemeinen Festsetzung. Die Neufestsetzungen sind öffentlich bekanntzumachen und treten erst zwei Monate nach dieser Veröffentlichung in Kraft.

Nach § 936 b hat der Reichsarbeitsminister ferner im „Zentralblatt für das Deutsche Reich" vor Beginn jedes Jahrviers eine Liste aller für dieses geltenden Festsetzungen, sowie mindestens alljährlich eine Liste der inzwischen vorgenommenen Änderungen zu veröffentlichen.

Hinsichtlich des Inkrafttretens der neuen Vorschriften ist bestimmt, daß die Erhöhung des bisherigen Jahresarbeitsverdienstes auf das Fünffache ab 1. Januar 1920 gilt. Für Unfälle, die seit diesem Tage sich ereignet haben und bei denen die Festsetzung der Entschädigung bereits erfolgt und rechtskräftig geworden ist, hat der Versicherungsträger die Rentenberechnung auf Grund der neuen Vorschriften zu überprüfen und, wenn er zu einem für den Versicherten günstigeren Ergebnis gelangt, ihm einen neuen Bescheid zu erteilen. Die Bescheidserteilung muß ferner jederzeit erfolgen, wenn dies der Berechtigte selbst beantragt (Art. XVIII Abs. 2). Im einzelnen gilt für dieses Umrechnungsverfahren das oben (Ziff. II) zu der Umrechnung der sonstigen Jahresarbeitsverdienste Gesagte (§ 1 der Ausführungsbestimmungen des Reichsversicherungsamtes vom 31. Mai 1921).

Die übrigen Vorschriften sind ab 15. April 1921 in Kraft getreten (Art. XIX). Die Neufestsetzung der Jahresarbeitsverdienste hat im ganzen Reiche alsbald zu erfolgen. Die so vollzogene Festsetzung gilt bis 31. Dezember 1922 (§ 936 a Abs. 1 Satz 1).

6. Der Jahresarbeitsverdienst in der See-Unfallversicherung.

Während bei der landwirtschaftlichen Unfallversicherung nur das Verfahren zur Festsetzung der durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienste geändert wurde, hat der Reichstag die Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes in der Seeunfallversicherung auf eine völlig neue Grundlage gestellt. Er hat die bisherigen §§ 1067 bis 1071 gestrichen und durch neue Bestimmungen (§§ 1067 bis 1070) ersetzt.

Digitized by Google

Danach gilt ab 15. April 1921 (Art. XIX) als Jahresarbeitsverdienst der Personen, die zur Besatzung von Seefahrzeugen gehören, mit Ausnahme der in Schlepper- und Leichterbetrieben Beschäftigten, das Zwölffache des baren Entgelts (Heuer), der zur Zeit des Unfalls bei Anmustern oder Anwerben auf Grund des für die Beteiligten maßgebenden Tarifvertrags oder, falls ein solcher nicht vorhanden ist, des für die Mehrheit der Berufsgruppe maßgebenden Tarifvertrags für den Monat zu gewähren ist; dazu werden $\frac{2}{3}$ des Zwölffachen der für Vollmatrosen festgesetzten Monatsheuer als Geldwert der auf Seefahrzeugen gewährten Beköstigung angerechnet (§ 1067). Der Barlohn wird also für die einzelnen Gruppen von Seeleuten verschieden sein. Der Wert der Sachbezüge wird jedoch einheitlich, und zwar nach den Sätzen des Barlohnes einer der höchstentlohnten Klassen, der Vollmatrosen, berechnet, da es ungerechtfertigt erschien, den Satz für die an sich doch ziemlich gleiche Beköstigung verschieden abzustufen. Haben Klassen der Schiffsbesatzung neben ihrem Lohn oder Gehalt noch regelmäßige Nebeneinnahmen, so wird auch deren durchschnittlicher Geldwert bei der Festsetzung des Jahresarbeitsverdienstes eingerechnet (§ 1068 Abs. 1). Ist dieser durchschnittliche Geldwert in einem zur Zeit des Unfalles geltenden Tarifvertrag bereits festgesetzt, so gilt dieser Wert bei der Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes; ist dies nicht der Fall, so hat ihn der Vorstand der See-Berufsgenossenschaft festzusetzen (§ 1068 Abs. 2). Diese Festsetzung geschieht jeweils auf ein Jahr und ist an die Genehmigung des Reichsversicherungsamtes gebunden; vor der Festsetzung sind die Vereinigungen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer zu hören.

Für den Fall, daß die Heuer für einzelne Personen der Schiffsbesatzung in einem Tarifvertrage nicht festgesetzt ist, gilt als Jahresarbeitsverdienst $\frac{3}{4}$ der für Vollmatrosen festgesetzten Heuer (§ 1069).

Um nun zu vermeiden, daß bei Ablauf eines Tarifvertrags ein Vakuum entsteht, ist ferner vorgesehen, daß der bisherige Tarifvertrag so lange maßgebend bleibt, bis ein neuer Tarifvertrag Gültigkeit erlangt hat, oder bis der Reichsarbeitsminister anderweite Vorschriften für die Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes gibt (§ 1070). Das Gesetz gibt keine Auskunft darüber, wie es sich verhält, wenn etwa der neue Tarifvertrag Rückwirkung auf den Ablauf des alten Tarifvertrags oder wenigstens auf einige Monate zurück erhält. Gilt hier der alte Tarifvertrag dauernd für in der Zeit des Vakuums eingetretene Unfälle oder hat entsprechend dem Grundsatz, daß sich die Entschädigung nach dem Jahresarbeitsverdienste zur Zeit des Unfalls zu richten hat, eine Rückwirkung auch hinsichtlich der Entschädigung Platz zu greifen, muß diese also entsprechend dem neuen Tarifvertrage berechnet werden. Man wird die Frage wohl verneinen und den alten Tarifvertrag bzw. den aus ihm sich berechnenden Jahresarbeitsverdienst als die „Heuer zur Zeit des Unfalls" ansehen müssen.

7. Die Änderung der Verordnung über die Zulagen zu Renten aus der Unfallversicherung.

Das rückwirkende Inkraftsetzen der Neuregelung der Drittelungsgrenze des Jahresarbeitsverdienstes auf den 1. Januar 1920 machte es notwendig, einige Bestimmungen der Verordnung vom 5. Mai 1920 über die Gewährung von Zulagen zu Renten aus der Unfallversicherung (RGBl. S. 878) zu ändern. Es sind das diejenigen Teile dieser Verordnung (§ 1 Satz 1, 2, § 2, § 4), in welchen die Zulagengewährung auch noch auf Unfälle erstreckt wird, die sich im Januar 1920 ereignet haben. Da eine Notwendigkeit hierfür nunmehr in Wegfall gekommen ist, weil für solche Unfälle bereits der neue Jahresarbeitsverdienst gilt, werden die einzelnen Stellen der Verordnung entsprechend berichtigt. Soweit auf Grund der Verordnung über die Zulagengewährung für im Monat Januar 1920 eingetretene Unfälle bereits Zulagen gewährt worden sind, müssen sich ihre Empfänger den erhaltenen Betrag auf die nach den neuen Vorschriften zu gewährenden

Digitized by Google

Rentenbezüge anrechnen lassen; nur wenn die bisherigen Leistungen höher sein sollten, sind sie weiter zu gewähren (Art. XVII).

Gleichzeitig wurde auch im § 7 der Verordnung vom 5. Mai 1920, der in den Fällen der Übertragung, Pfändung und Verpfändung der Renten, bei Ersatzansprüchen aller Art usw. den Zugriff auf die Zulagen ausschließt, die Erwähnung des § 1542 RVO. gestrichen. Es können also die Versicherungsträger in den hier einschlägigen Ersatzfällen auch die Zulagen in Anspruch nehmen. Da dieser Änderung Rückwirkung auf 8. Mai 1920 gegeben ist (Art. XVII Abs. 1), wird man auch eine nachträgliche Geltendmachung der Ersatzforderung noch anerkennen müssen.

Ein besonderer Artikel (XIII) erhöht ferner für das Jahr 1921 die bisher gewährten Zulagen auf das Doppelte. Hierüber soll in einem besonderen Artikel gesprochen werden.

8. Übergangs- und Ausführungsbestimmungen.

Der Reichstag war sich selbst darüber klar, daß seine einschneidenden Änderungen des ursprünglichen Regierungsentwurfes von ihm nicht in allen ihren Auswirkungen übersehen werden konnten. Er hat daher schon von sich aus (Art. XIX) den Reichsarbeitsminister ermächtigt, mit Zustimmung des Reichsrats von der von ihm hinsichtlich des Inkrafttretens und der Rückwirkung des Gesetzes getroffenen Regelung Ausnahmen zu treffen. Dem Reichsversicherungsamt ist ferner (Art. XX) die Ermächtigung erteilt, über die Durchführung des Gesetzes und über das Verfahren Näheres zu bestimmen. Während Ausführungsvorschriften des Reichsarbeitsministers noch nicht vorliegen, hat das Reichsversicherungsamt bereits zwei Bekanntmachungen erlassen. Die eine Bekanntmachung vom 21. April 1921 (Deutscher Reichsanzeiger Nr. 94 vom 23. April 1921; AmtlNachr. H. 4 S. 256) befaßt sich mit den Ausführungsbestimmungen zu den Art. XII, XIII und XVII des Gesetzes, während die zweite, vom 31. Mai 1921 datierte und im Reichsanzeiger Nr. 131 vom 3. Juni 1921 veröffentlichte den Vollzug der Art. XVI und XVIII regelt.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Einreihung der Weiterversicherten (§ 313 RVO.) bei Änderung der Lohnstufenordnung.

Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 18. März 1921 (2632 Amtl. Nachr. 1921 S. 274).

Mit dem Oberversicherungsamt ist davon auszugehen, daß entsprechend dem in der Entsch. 2213, Amtl. Nachr. 1916 S. 553, aufgestellten Grundsatz bei freiwilliger Weiterversicherung die Versicherung so bestehen bleibt, wie sie vor dem Ausscheiden des Versicherten aus der Pflichtversicherung bestand. Die Beitragspflicht bemißt sich also nach dem der freiwilligen Weiterversicherung vorangegangenen versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis. Hieraus folgt zunächst, daß die anfänglich vom Kassenvorstande vertretene Auffassung, wonach die Lohnstufe des H. nach seinem derzeitigen Tagesverdienst bestimmt wird, irrig ist. Auf der andern Seite ist aus dem erwähnten Grundsatz nicht die Folgerung herzuleiten, daß die Lohnstufen der freiwillig Weiterversicherten von gesetzlichen oder satzungsmäßigen Änderungen, die den Aufbau der Lohnstufen betreffen, unberührt bleiben. Eine freiwillig weiterversicherte Person ist — unbeschadet des § 313 Abs. 1 letzter Satz in der Fassung des § 2 Abs. 2 der Bekanntmachung vom 22. November 1918 (RGBl. S. 1321, Amtl. Nachr. 1918 S. 496) — an ihre Lohnstufe nur im Rahmen und nach Maßgabe der jeweils bestehenden Satzung gebunden. Es würde zu unhaltbaren Folgerungen in dem Verhältnis der Kassenmitglieder zueinander wie in der Kassenverwaltung führen, wollte man die Kassen zwingen, für bestimmte Mitglieder Lohnstufen weiterzuführen, die für andere nicht mehr bestehen. Dies wäre eine ungerechtfertigte Sonderbehandlung einer Einzel-

Digitized by Google

gruppe von Mitgliedern, die dem Grundgedanken der Krankenversicherung, daß alle Mitglieder gleiche, d. h. verhältnismäßig gleiche Rechte und Pflichten haben, widerspräche. Es mag zugegeben werden, daß die freiwillig versicherten Personen für die Krankenkassen vielfach ungünstige Versicherungswagnisse bieten, und daß die Versicherung solcher Personen in den unteren Grundlohnstufen für die Kassen sich nicht selten besonders nachteilig fühlbar macht. Indessen ist nach Lage des Gesetzes hieran nichts zu ändern. Überdies dürften sich die Nachteile aus dieser Regelung für die Krankenkassen ständig verringern, indem die Zahl der Weiterversicherten aus früherer Zeit abnimmt und die in die freiwillige Weiterversicherung neu übertretenden Personen bereits den heutigen Teuerungsverhältnissen entsprechende Verdienste aufweisen, ein Übertritt in niedrigere Klassen oder Lohnstufen aber nur mit Zustimmung des Kassenvorstandes erfolgen kann. Schließlich darf auch nicht außer acht gelassen werden, daß für viele der nach einem niedrigen Verdienst aus der letzten Zeit der Versicherungspflicht eingestuften freiwillig Weiterversicherten die Einstufung gemäß den veränderten Satzungsbestimmungen ohnehin schon eine nicht unerhebliche Mehrbelastung bedeutet, und daß diese Personen bei einer lediglich nach der früheren Ziffer der Lohnstufe erfolgenden Zuteilung, wie solche vereinzelt befürwortet worden ist, unter Umständen der Möglichkeit, die Beiträge der Weiterversicherung zu bestreiten, beraubt würden. Das wäre aber vom Standpunkt der Volksgesundheit, zumal unter den heutigen Zeitverhältnissen, unerwünscht. Auch im Schrifttum wird die hier vertretene Auffassung befürwortet (zu vgl. Grunow, die freiwillig Versicherten und die neuen Lohnklassen, in der Arbeiter-Versorgung 1918 S. 181 ff. sowie die Auskunft in der Arbeiter-Versorgung 1920 S. 380). Auf die für einen anderen Sachverhalt von Hoffmann in der Monatsschrift für Arb.- und Angest.-Vers. 1920 S. 496 geäußerte Ansicht braucht hier nicht näher eingegangen zu werden. Jedenfalls liegt es aber nahe, auch für den dort erörterten Fall, in dem das nach der Befreiung auf Grund des § 169 RVO. freiwillig weiterversicherte Mitglied in eine niedere Lohnklasse übergetreten war, bei Änderung des Grundlohns den der bisherigen Lohnstufe entsprechenden durchschnittlichen Tagesentgelt zugrunde zu legen. Hiernach ergibt sich, daß die Vorentscheidung des Vorsitzenden des Versicherungsamts aufzuheben war. H. ist als freiwillig Weiterversicherter in der seinem beim Ausscheiden aus der Pflichtversicherung bestehenden Verdienst von 19,31 ℳ entsprechenden Lohnstufe nach der jeweils geltenden Satzung einzureihen.

Wieweit verliert die Berufsgenossenschaft den Ersatzanspruch gegen die Krankenkasse durch Verzögerung der Mitteilung von Übernahme des Heilverfahrens (§ 1513 RVO.)?

Rev. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 22. März 1921 (2628 Amtl. Nachr. 1921 S. 270).

§ 1513 Abs. 2 RVO. schreibt vor, daß die Krankenkasse dem Träger der Unfallversicherung insoweit Ersatz zu leisten hat, als der Kranke von ihr nach Gesetz oder Satzung Krankenhilfe beanspruchen könnte. Danach ist selbstverständlich eine Mitteilung von dem Krankheitsfall und der Übernahme des Heilverfahrens die Voraussetzung für den Ersatzanspruch. Eine Frist für diese Mitteilung ist aber im Gesetze nicht vorgeschrieben, und deshalb ist der Standpunkt der Kasse, daß sie für die vor dem Eingang der Mitteilung liegende Zeit in keinem Falle Ersatz zu leisten brauche, mit dem Gesetze nicht vereinbar. Doch sind die Kassen deshalb gegenüber einer willkürlichen oder fahrlässigen Verzögerung der Anzeige durch die Berufsgenossenschaft keineswegs schutzlos und der Gefahr, doppelt leisten zu müssen, nicht ausgesetzt. Denn nach § 1513 Abs. 2 besteht der Ersatzanspruch nur insoweit, als der Kranke die Leistungen der Krankenkasse beanspruchen „könnte", und dies ist dann nicht mehr der Fall, wenn er die Krankenhilfe von ihr schon erhalten hat. Daraus ergibt sich, daß die Kasse der Berufsgenossenschaft gegenüber von ihrer Ersatzpflicht befreit wird, soweit sie ohne Kenntnis von der Übernahme des Heilverfahrens dem Versicherten die Krankenhilfe gewährt hat. Jede Verzögerung der Anzeige von der Übernahme des Heilverfahrens geht also auf die Gefahr der Berufsgenossenschaft, die gewärtigen muß, daß unterdessen auch die Kasse gutgläubig dem Versicherten die Krankenhilfe gewährt hat. — Im vorliegenden Falle ist die Anzeige von der klagenden Berufsgenossenschaft nicht mehr verzögert, als es der gewöhnliche Geschäftsgang mit sich bringt, und die beklagte Kasse hat auch vor dem Eingang der Anzeige dem Versicherten für die in Frage kommende Zeit noch keine Krankenhilfe gewährt. Hiernach mußte es bei der abweisenden Vorentscheidung bleiben.

Steht gegen die Genehmigung der Satzung einer Krankenkasse einer anderen Kasse ein Beschwerderecht zu?

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 18. März 1921 (2643 Amtl. Nachr. 1921 S. 317).

Die Betriebskrankenkasse der Heeresverwaltung in B., deren Bezirk sich auf die Betriebe der Heeresverwaltung des Garnisonverbandes B. erstreckte, hat unter dem 29. Juli 1920 mit Wirkung vom 11. August 1920 ab folgende Satzungsänderung beschlossen: „Die Kasse führt den Namen ‚Betriebs-

Digitized by Google

krankenkasse des Reichs in B.«. Der Bezirk der Kasse erstreckt sich auf alle ehemaligen Betriebe und Dienststellen der Heeresverwaltung im Garnisonverbande B., die zur Reichswehr und zu den Zivilverwaltungen des Reichs übergetreten sind, und auf die Abwicklungsstellen der ehemaligen preußischen Heeresverwaltung."

Die Satzungsänderung entsprach einem Übereinkommen der Zivilverwaltungen des Reichs und des Reichswehrministeriums, wonach die zu ihnen übergetretenen ehemaligen Betriebe und Dienststellen der Heeresverwaltung sämtlich auch ferner bei der Kasse versichert werden sollen. Das Oberversicherungsamt hat die Satzungsänderung genehmigt. Die Allgemeine Ortskrankenkasse der Stadt B. ist beim Oberversicherungsamte gegen die Genehmigung vorstellig geworden, da diese eine unzulässige Erweiterung des Mitgliederkreises der Betriebskrankenkasse einschließe, die Ortskrankenkasse auch vor Erteilung der Genehmigung in entsprechender Anwendung des § 252 Abs. 2 RVO. hätte gehört werden müssen. Sie nimmt darauf Bezug, daß eine ganze Anzahl von Betrieben der Heeresverwaltung, so die Landesaufnahme und sämtliche Lazarette in B., seit November 1918 von der Heeresverwaltung auf andere Reichsstellen übergegangen und die in ihnen beschäftigten Personen seitdem bei ihr, der Ortskrankenkasse, versichert seien. Das Oberversicherungsamt hat durch Verfügung vom 13. Dezember 1920 die Ortskrankenkasse beschieden, daß eine unzulässige Erweiterung des Mitgliederkreises der Betriebskrankenkasse nicht erfolgt sei; die Satzung sei lediglich den veränderten Verhältnissen angepaßt worden; Arbeitgeber aller in Betracht kommenden Betriebe sei nach wie vor das Reich; die Satzungsänderung solle lediglich verhindern, daß Versicherte ohne Wechsel ihrer Tätigkeit Mitglieder einer anderen Kasse würden. Gegen diese Verfügung hat die Ortskrankenkasse am 7. Januar 1921 Beschwerde beim Oberversicherungsamt erhoben mit dem Antrag, die Akten dem Reichsversicherungsamte zur Entscheidung vorzulegen. Sie betont erneut, daß es sich nicht um eine bloße Namensänderung der Betriebskrankenkasse handle, sondern um eine Erweiterung ihres Mitgliederbestandes vom Juli/August 1920. Bei einer solchen Änderung des Umfangs der Betriebskrankenkasse hätte ebenso verfahren werden müssen wie nach § 252 Abs. 2 RVO. bei der Errichtung einer Betriebskrankenkasse. Das Oberversicherungsamt hat die Beschwerde dem Reichsversicherungsamte zur Entscheidung vorgelegt mit dem Bemerken, daß der Ortskrankenkasse eine Beschwerde gegen die Satzungsgenehmigung nur zugestanden werden könne, soweit die Bestimmung des Mitgliederkreises der Betriebskrankenkasse mit der Satzung der Ortskrankenkasse in Widerspruch stehe (zu vgl. Hahn, Handb. der Krankenversf., 8. und 9. Aufl., Anm. 1d zu § 324 RVO.); ein solcher Widerspruch liege nicht vor, denn die Satzung der Ortskrankenkasse bestimme ausdrücklich, daß Versicherungspflichtige, die Mitglieder einer Betriebskrankenkasse sind, nicht der Allgemeinen Ortskrankenkasse angehören. Das Reichsversicherungsamt hat die Beschwerde zurückgewiesen aus folgenden Gründen:

Über die Genehmigung von Kassensatzungen und deren Änderungen entscheidet nach § 324 RVO. das Oberversicherungsamt in erster Instanz. Diese Vorschrift regelt das Verfahren über Satzungsgenehmigungen durch das Oberversicherungsamt erschöpfend; für eine entsprechende Anwendung der Vorschriften über die Errichtung von Kassen ist daneben kein Raum. Denn die Genehmigung der Errichtung der Kasse ist ein von der Genehmigung der Satzung verschiedener Akt. Während die Anordnungen und Entscheidungen über Errichtung von Kassen die äußere Organisation der Kassen betreffen und daher in letzter Instanz regelmäßig durch die oberste Verwaltungsbehörde erfolgen (zu vgl. §§ 252 ff., 254 Abs. 1 RVO.), betrifft die Genehmigung der Kassensatzung die innere Organisation der Kasse; Beschwerden gegen Beschlüsse des Oberversicherungsamts, die die Genehmigung von Satzungen betreffen, gehen an das Reichsversicherungsamt, eine entsprechende Anwendung des § 252 Abs. 2 RVO., wie sie die Allgemeine Ortskrankenkasse der Stadt B. für erforderlich hält, kommt daher vorliegend nicht in Betracht.

Wie das Reichsversicherungsamt bereits in der grundsätzlichen Entsch. 1844 (Amtl. Nachr. 1914 S. 513) des näheren dargelegt hat, ist nach der allgemeinen Vorschrift des § 1793 RVO. sowohl gegen die eine Satzung genehmigenden wie gegen die diese Genehmigung versagenden Beschlüsse des Oberversicherungsamts grundsätzlich Beschwerde an das Reichsversicherungsamt zulässig. Die Beschwerde steht aber nur den unmittelbar Beteiligten zu. Als Beteiligter in diesem Sinne gilt nicht schon ein jeder, auf den der Ausgang einer Sache günstig oder ungünstig zurückwirkt, und insbesondere bei Wahrnehmung öffentlicher Interessen nicht jeder Angehörige desjenigen Personenkreises, auf den sich diese Interessen beziehen, sondern nur, wer nach dem Gesetze sie zu vertreten berechtigt ist, also grundsätzlich der Vorstand der Kasse. Demgemäß hat das Reichsversicherungsamt entschieden, daß einzelnen Kassenmitgliedern ein Beschwerderecht gegen einen eine Satzung genehmigenden Beschluß des Oberversicherungsamts nicht zusteht (Entsch. 1845, Amtl. Nachr. 1914 S. 515). Ebensowenig kann einer dritten Krankenkasse ein solches Beschwerderecht eingeräumt werden, und zwar auch dann nicht, wenn nach der Behauptung dieser Kasse die Bestimmung des Mitgliederkreises der anderen Kassen mit ihrer Satzung in Widerspruch steht (anderer Meinung: Hahn, Handb. der Krankenversf., Anm. 1d zu § 324 RVO.). Der Einräumung eines solchen Beschwerderechts würden auch praktische Bedenken entgegenstehen, denn die Beschwerde des § 1793 RVO. ist nach § 128 Abs. 1 RVO. binnen einem Monat nach Zustellung der angefochtenen Entscheidung einzulegen. Eine Zustellung des Genehmigungsbeschlusses an dritte Kassen ist im Gesetze nicht vorgesehen. Für ein Beschwerderecht dritter Kassen gegen Satzungsgenehmigungen besteht aber auch keinerlei Bedürfnis. Ergeben sich Widersprüche in der Abgrenzung des Mitgliederkreises zweier Kassen, so steht es der Kasse, die sich dadurch beschwert fühlt, frei, eine Entscheidung auf Grund des § 258 RVO.

Digitized by Google

herbeizuführen, oder sie kann die Arbeitgeber der Personen, die nach ihrer Meinung zu Unrecht der anderen Kasse angehören, zu Beiträgen heranziehen und damit den Streit im Wege des § 405 Abs. 2 RVO. austragen. Schließlich ist es ihr auch unbenommen, beim Oberversicherungsamt auf dem Wege des § 326 RVO. eine Änderung des Genehmigungsbeschlusses anzuregen und so das Oberversicherungsamt zu einer Nachprüfung des Genehmigungsbeschlusses zu veranlassen. Dagegen steht ihr ein Beschwerderecht gegen den Genehmigungsbeschluß nicht zu, weil sie zu den Beteiligten im Sinne der Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über das Beschwerdeverfahren nicht gerechnet werden kann (übereinstimmend Hoffmann in der Monatsschr. für Arb. und Angest. Vers. 1914, Sp. 569 ff., 574 unten).

Hierzu schreibt uns Geheimer Justizrat Hahn:

Ich halte die Entscheidung für verfehlt. Das Reichsversicherungsamt ist in eine sachliche Prüfung der eigentlichen Streitfrage nicht eingetreten, sondern hat der Ortskrankenkasse das „Beschwerderecht gegen den Genehmigungsbeschluß" abgesprochen, nicht etwa deshalb, weil eine Rechtsbeschwerde überhaupt nicht zulässig sei (so Hoffmann in MonSchr. für Arb. u. Angest. Vers. 1914 Sp. 574 ff.), sondern deshalb, weil die Kasse nicht zu den Beteiligten im Sinne der Vorschriften der RVO. über das Beschwerdeverfahren gerechnet werden könne. Hierzu ist zunächst zu bemerken, daß die Kasse Beschwerde gegen den Genehmigungsbeschluß nicht erhoben, sondern bereits von sich aus den Weg beschritten hat, auf den das Reichsversicherungsamt die Kasse (im vorletzten Satze der Begründung) verweist: sie ist gegen die Genehmigung der Satzungsänderung bei dem Oberversicherungsamte „vorstellig geworden", hat also eine Änderung des Genehmigungsbeschlusses gemäß § 326 RVO. angeregt und so das Oberversicherungsamt zu einer Nachprüfung dieses Beschlusses veranlaßt, und erst gegen die diese Vorstellung zurückweisende Verfügung hat die Kasse mittels Beschwerde die Entscheidung des Reichsversicherungsamts angerufen. Der Hinweis auf diesen Weg soll nach der vorliegenden Entscheidung die Meinung des Reichsversicherungsamts begründen helfen, daß für ein Beschwerderecht dritter Kassen gegen Satzungsgenehmigungen keinerlei Bedürfnis bestehe. Aber diese Hilfe versagt; denn wenn das Reichsversicherungsamt eine Beschwerde der Kasse gegen den Genehmigungsbeschluß für unzulässig hält, weil die Kasse nicht zu den Beteiligten gehöre, muß sie folgerichtig auch eine Beschwerde der Kasse gegen die Verfügung des Oberversicherungsamts, wodurch eine „Vorstellung" gegen die Genehmigung zurückgewiesen wird, aus dem gleichen Grunde als unzulässig verwerfen. Das Reichsversicherungsamt hat ja auch bereits in der Entscheidung 2079 (Amtl. Nachr. 1915 S. 648) den Fall, daß die Beschwerde sich gegen die Ablehnung einer Änderung des Genehmigungsbeschlusses nach § 326 Abs. 1 richtet, dem in der Entscheidung 1845 (Amtl. Nachr. 1914 S. 315) behandelten Falle, daß die Beschwerde unmittelbar gegen den Genehmigungsbeschluß nach § 324 erhoben wird, durchaus gleichgestellt. Es handle sich — so wird ausgeführt — in beiden Fällen um die Gestaltung der Satzung, wobei zu einer Vertretung der Kasseninteressen den Behörden gegenüber nur das zuständige Organ der Kasse, der Vorstand, berechtigt sei; einzelnen Vorstandsmitgliedern oder Kassenmitgliedern stehe dagegen ein solches Recht nicht zu (Entsch. 2079).

Im vorliegenden Falle geht das Reichsversicherungsamt über jene beiden Entscheidungen hinaus. Hier tritt ja, wie gefordert, das zur Vertretung der Kasseninteressen berufene Organ, der Vorstand, beschwerdeführend auf; nur ist es freilich — anders als in den beiden früheren Fällen — nicht der Vorstand der Kasse, deren Satzung genehmigt ist, sondern der Vorstand einer anderen Kasse, und mit Bezug hierauf bemerkt das Reichsversicherungsamt lediglich: „Ebensowenig (nämlich: wie einzelnen Kassenmitgliedern) kann einer dritten (richtiger: anderen) Krankenkasse ein solches Beschwerderecht eingeräumt werden, und zwar auch dann nicht, wenn nach der Behauptung dieser Kasse die Bestimmung des Mitgliederkreises der anderen Kasse mit ihrer Satzung in Widerspruch steht." Daran schließt sich nur noch der Hinweis, daß der Einräumung eines solchen Beschwerderechts „auch praktische" Bedenken entgegenstehen würden. Das klingt, als ob die rechtlichen Bedenken bereits erwogen und hinreichend entwickelt wären. Das ist aber durchaus nicht der Fall. Für den mit „Ebensowenig" eingeleiteten Satz, der das Novum, den springenden Streitpunkt darstellt, fehlt in der Begründung jede Spur einer rechtlichen Erwägung. Wenn, wie der beschwerdeführende Kassenvorstand ausgeführt hat, durch die Genehmigung der Satzung der Betriebskrankenkasse beeinträchtigend in den Mitgliederkreis der Ortskrankenkasse, wie er durch deren behördlich genehmigte Satzung umschrieben ist, eingegriffen wurde, wenn also durch einen öffentlich-rechtlichen Akt der einen Kasse zugeteilt worden ist, was durch einen vollkommen gleichwertigen und wirksamen Rechtsakt bereits der anderen Kasse zugeteilt war, so sollte man meinen, daß hinreichender Anlaß vorlag, darzulegen, weshalb diese andere Kasse nicht zu den „unmittelbar Beteiligten", denen das Beschwerderecht zugestanden wird, gehören sollte. Daran fehlt es vollkommen. Die angefügten praktischen Bedenken aber können die Versagung des Beschwerderechts nicht rechtfertigen. Daß die Beschwerde binnen einem Monat nach Zustellung der Entscheidung einzulegen, eine Zustellung des Genehmigungsbeschlusses an dritte Kassen aber nicht vorgeschrieben ist, ist richtig, aber nicht durchschlagend. Denn die Zustellung an eine Kasse, deren unmittelbares Interesse sich aus der Sachlage ohne weiteres ergibt, ist anderseits doch nicht ausgeschlossen (zu vgl. § 42 OVAD. mit § 23 VAD.), und wenn sie unterbleibt, insbesondere etwa weil das unmittelbare Interesse einer anderen Kasse nicht ohne weiteres erkennbar ist, bleibt es dieser immer noch unbenommen, auf dem vom Reichsversicherungsamt selbst gewiesenen Wege des § 326 RVO. eine ihr zuzustellende, der Rechtskraft fähige Entscheidung herbeizuführen, sofern man nur nicht verkennt, daß sie zu den unmittelbar Beteiligten gehört. Sobald eine Kasse geltend macht, daß durch die Genehmigung der Satzung einer anderen Kasse in den ihr (der ersteren) bereits satzungsmäßig zugewiesenen Mitgliederkreis beeinträchtigend eingegriffen werden würde (§ 324) oder bereits eingegriffen sei (§ 326), handelt es sich um eine Frage der Grenzregulierung, an der die beiden Kassen in gleicher Weise beteiligt sind.

Ganz verfehlt ist, was das Reichsversicherungsamt beibringt, um darzutun, daß für ein Beschwerderecht „dritter Kassen" gegen Satzungs-

Digitized by Google

genehmigungen auch keinerlei Bedürfnis bestehe. Wenn dabei auf § 258 RVO. verwiesen wird, so wird übersehen, daß die Kasse, die sich durch die Genehmigung für beeinträchtigt erachtet, auf dem Wege des § 258 Abhilfe nur für die Zukunft erlangen könnte, den Genehmigungsbeschluß also für die Vergangenheit gelten lassen müßte (zu vgl. Entsch. des RVA. 2216, Amtl. Nachr. 1916 S. 559, ArbVers. 1916 S. 684), während sie ein dringendes Interesse daran hat, eine Entscheidung zu erwirken, die ihren bisherigen Besitzstand rückwirkend wiederherstellt. Dies kann nur durch Aufhebung des beeinträchtigenden Genehmigungsbeschlusses im Beschwerdeverfahren erreicht werden. Wenn das Reichsversicherungsamt sich bei der Begründung der vorliegenden Entscheidung des § 258 RVO. erinnert hat, so hätte ihm nicht entgehen sollen, daß gerade diese Vorschrift, in Anwendung auf einen Fall, in welchem der Streit zwischen zwei Kassen durch die Gestaltung und Genehmigung einer Satzung entstanden ist, das gleichartige und gleichmäßige unmittelbare Interesse beider Kassen an der Gestaltung der Satzung außer Zweifel stellt, und daß deshalb eine unmittelbare Beteiligung und folglich ein Beschwerderecht der beeinträchtigten Kasse auch dann anzuerkennen ist, wenn sie sich mit der eingeschränkten Wirkung einer Entscheidung aus § 258 nicht begnügen, sondern den sie beeinträchtigenden Genehmigungsbeschluß aufgehoben wissen will. Noch ungenügender als der Hinweis auf § 258 ist es, wenn das Reichsversicherungsamt den vermeintlichen Mangel eines Bedürfnisses für ein Beschwerderecht damit begründen zu können glaubt, daß es der Kasse, die sich durch den Widerspruch in der Abgrenzung des Mitgliederkreises der anderen Kasse für beschwert erachtet hat, freistehe, die Arbeitgeber der Personen, die nach ihrer Meinung zu Unrecht dieser anderen Kasse angehören, zu Beiträgen heranzuziehen und damit den Streit im Wege des § 405 Abs. 2 RVO. auszutragen. Denn die bindende Bedeutung der in diesem Verfahren ergehenden Entscheidungen (§ 405 Abs. 3 Satz 1) erstreckt sich doch immer nur auf das einzelne bestimmte Beschäftigungsverhältnis und die daran beteiligten Personen (zu vgl. hinsichtlich der Invalidenversicherung: Entsch. des RVA. 1144, 1145, Amtl. Nachr. 1904 S. 501, 502 und Lehmann in ArbVers. 1906 S. 27 ff., 45 ff., 1909 S. 301 ff.; hinsichtlich der Angestelltenversicherung: Entsch. des ObSchGer. in ArbVers. 1918 S. 71), reicht also nicht entfernt an jene grundsätzliche und allgemeinverbindliche Grenzregulierung zwischen den beteiligten Kassen heran, auf welche die beeinträchtigte Kasse im Beschwerdewege zu bringen ein Recht haben muß und, im Ordnungsinteresse, sogar die Pflicht hat.

B. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Rückgriffsrechte der Versicherungsträger auf Grund des Reichs-Tumultgesetzes.

Erlaß des **Reichsministers des Innern** vom 12. April 1921 (T. I 319).

Gegenüber der Frage, ob und inwieweit die bestehenden öffentlichen Hilfseinrichtungen (Fürsorgestellen, Armenräte, Orts- und Betriebskrankenkassen, Berufsgenossenschaften, Landesversicherungsanstalten u. a.) für die den Tumultgeschädigten auf Grund besonderer gesetzlicher Verpflichtung oder auch ohne eine solche aus Anlaß besonderer Notlage gewährten Leistungen ein Rückgriffsrecht gegenüber den nach dem Tumultschädengesetz vom 12. Mai 1920 zur Entschädigung verpflichteten Stellen geltend machen können, ist zu unterscheiden, ob es sich um Ansprüche der Geschädigten gegenüber dem Reich — §§ 1, 10 und 15 Abs. 4 des Gesetzes — oder um Ansprüche gegenüber den Gemeinden — § 15 Abs. 1 und 2 des Gesetzes — handelt.

1. In den Fällen der §§ 10 und 15 Abs. 4 des Gesetzes steht den Tumultgeschädigten gegenüber dem Reiche gemäß § 2 Abs. 1 des Gesetzes ein Entschädigungsanspruch nur zu, wenn und soweit das Fortkommen des Betroffenen ohne eine Entschädigung unbillig erschwert sein würde. Soweit der Betroffene nach anderen gesetzlichen Vorschriften von öffentlichen Hilfseinrichtungen Ersatz beanspruchen kann oder Ersatz erhalten hat, erscheint aber sein Fortkommen nicht erschwert. Ein Ersatzanspruch aus § 1 des Gesetzes vom 12. Mai 1920 besteht also für ihn überhaupt nicht. Daraus folgt, daß auf die Stellen, die dem Geschädigten Ersatz geleistet haben oder dazu gesetzlich verpflichtet sind, auch kein Entschädigungsanspruch gegen das Reich übergehen kann. Ein Verfahren zugunsten dieser Stellen dürfte also nach dem Gesetz vom 12. Mai 1920 nicht in Betracht kommen.

2. Anders liegt die Sache in den Fällen des § 15 Abs. 1 und 2 des Gesetzes. Für sie sind allein die bisherigen Landesgesetze maßgebend. Nach diesen ist — abgesehen von den durch Versicherung gedeckten Schadensfällen — in der Regel die Gemeinde zum vollen Schadensersatz verpflichtet, ohne daß die Erschwerung des Fortkommens des Geschädigten zur Voraussetzung der Entschädigung gemacht ist. Die Gemeinde wird somit grundsätzlich in allen Fällen ihre Regreßpflicht anerkennen müssen, wo den Geschädigten auf Grund anderweiter gesetzlicher Vorschriften Ersatz geleistet worden ist und der leistenden Stelle ein gesetzliches Rückgriffsrecht zur Seite steht (z. B. nach § 62 des Unterstützungswohnsitzgesetzes, § 1542 der Reichsversicherungsordnung). Hatte die Gemeinde die Geschädigten schon befriedigt, als der Regreßanspruch bei ihr geltend gemacht wurde, so ist nach allgemeinen Rechtsgrundsätzen zu verfahren. Nach ihnen wird auch die Frage des Rückgriffs in den Fällen zu regeln sein, wo der leistenden Stelle kein besonderes gesetzliches Rückgriffsrecht gegeben ist. Strittige Fälle sind dabei nicht in dem Verfahren vor dem Ausschuß (§ 6 des Gesetzes), sondern im Verfahren vor den ordentlichen Gerichten zur Entscheidung zu bringen.

Digitized by Google

Anmerkung: Über die Frage, ob ein Anspruch des Versicherten gegen das Reich auf Schadenersatz wegen einer durch innere Unruhen verursachten Körperverletzung (Ges. vom 12. 5. 20, RGBl. S. 941) gemäß § 1542 RVO. auf die Krankenkasse übergeht, haben wir uns im Jahrgang 1920 S. 699 Ziff. 10 (auch 1921 S. 320) dahin geäußert, daß das erwähnte Gesetz keine Vorschrift enthält, die der Anwendung des § 1542 entgegenstände. Inzwischen ist uns der vorstehende Erlaß bekanntgeworden und auch eine in gleichem Sinne ergangene Entscheidung eines Feststellungsausschusses zugegangen. Nach erneuter Prüfung müssen wir unsere Auskunft berichtigen. Der Einsender der abweisenden Entscheidung verkennt den Kern des Abweisungsgrundes. Dieser liegt nicht darin, daß § 1542 RVO. auf Anspruch des Versicherten gegen das Reich nicht anwendbar sei, sondern darin, daß die Anwendung des § 1542 gar nicht in Frage kommen könne, weil der gegen Krankheit Versicherte einen Anspruch, der auf die Krankenkasse übergehen könnte, überhaupt nicht habe. Denn nach § 2 jenes Gesetzes sei ein Anspruch auf Entschädigung nur gegeben, wenn und soweit ohne solche nach den Umständen das Fortkommen des Betroffenen unbillig erschwert würde; diese Voraussetzung aber fehle „überall da, wo der Geschädigte durch Versicherung bei einer Krankenkasse, Berufsgenossenschaft oder Versicherungsanstalt gedeckt ist". Diese Begründung ist freilich bedenklich. Die Krankenversicherung — und ebenso Unfall- und Invalidenversicherung — gewährt dem Versicherten bekanntlich keinen vollen Schadenersatz, sondern begrenzte Leistungen, welche die wirtschaftliche Einbuße des Versicherten nur teilweise, oft recht unzulänglich, decken. Der Versicherte kann trotz des Bezugs dieser Leistungen durch die erlittene Beschädigung noch erheblich und unbillig in seinem Fortkommen behindert sein. „Seine gesamten Vermögens- und Erwerbsverhältnisse sind dabei zu berücksichtigen" (§ 2 Abs. 1 Satz 2). Zu diesen Verhältnissen gehört aber selbstverständlich auch ein etwaiger Anspruch aus der Versicherung. Soweit ein solcher Anspruch reicht, ist der Versicherte nicht in seinem Fortkommen beeinträchtigt, und soweit darf ihm daher der Feststellungsausschuß keine Entschädigung zubilligen, so daß auch auf den Versicherungsträger ein Anspruch selbst dann nicht übergehen kann, wenn der Versicherte wegen eines Schadens, der durch die Versicherungsleistungen nicht ausgeglichen ist, eine Entschädigung erhält.

Fortzahlung des Lohnes bei Sympathie-Aussperrungen.

Bescheid des **Reichsarbeitsministers** vom 20. März 1921 (VI. C. 2199).

Nach § 123 der Gewerbeordnung können Gesellen und Gehilfen vor Ablauf der vertragsmäßigen Zeit und ohne vorausgegangene Aufkündigung entlassen werden, wenn einer der in den Ziffern 1 bis 8 des genannten Paragraphen aufgeführten Gründe vorliegt. Der § 124a der Gewerbeordnung, der die Kündigung auch aus einem wichtigen Grunde zuläßt, kommt hier nicht in Frage, da eine längere Kündigungsfrist als 14 Tage nicht vereinbart war. Die Arbeitgeber haben die Arbeiter ohne Innehaltung der gesetzlichen Kündigungsfrist und ohne Vorliegen eines der im § 123 Ziffer 1 bis 8 Gewerbeordnung erschöpfend aufgeführten gesetzlichen Entlassungsgründe entlassen (ausgesperrt). Die Arbeitgeber sind daher zur Fortzahlung des Lohnes für die Kündigungszeit verpflichtet. Rechtlich unerheblich ist der Beweggrund, der die Arbeitgeber zur Aussperrung veranlaßt hat. Sie haben ein öffentlich-rechtlich allerdings zulässiges Kampfmittel angewendet, das entbindet sie aber nicht von ihren Verpflichtungen aus dem Arbeitsvertrage und rechtfertigt nicht einen Vertragsbruch, der in der kündigungslosen und gesetzlich nicht begründeten Entlassung liegt; ebenso wie die Arbeitseinstellung der Arbeitnehmer ohne Einhaltung der vereinbarten Kündigungsfrist an sich zwar ein erlaubtes Kampfmittel ist, den Streikenden aber von seiner zivilrechtlichen Verpflichtung zur Arbeitsleistung nicht entbindet.

Eine gesetzliche Bestimmung, wonach Aussperrungen fristlos erfolgen können, ohne daß hierdurch den ausgesperrten Arbeitern ein Anspruch auf Lohnzahlung für die Kündigungszeit zusteht, gibt es nicht.

Sprechsaal.

Beitragswoche, Arbeitswoche, Kalenderwoche.

Wir erhalten folgende Zuschrift: „In der Beantwortung S. 339 Nr. 10 des Heftes 17 vom 11. Juni 1921 spricht die Schriftleitung die Ansicht aus, daß man unter Kalenderwoche „gemeinhin" den Zeitraum von Sonntag bis Sonnabend verstehe. Ich halte diese Ansicht für nicht zutreffend. Im Gegensatze zu der jüdischen Kalenderwoche, die als letzten Tag der Woche und Ruhetag den Sonnabend bestimmt, beginnt in Deutschland gemeinhin die Kalenderwoche mit dem Montag und der Sonntag ist der letzte Tag. Der § 1387 Abs. 2 RVO. hat zweifellos nicht die Absicht, eine von dem Volksbewußtsein abweichende Bestimmung zu treffen, sondern die volkstümliche Regelung zu bestätigen. Richtig ist es leider, daß viele Fabriken auf ihren Kalendern die Wochen mit dem Sonntag beginnen lassen." —

Hierzu ist folgendes zu bemerken: Der § 1387 RVO. handelt von der Beitragswoche und legt sie vernünftigerweise, der Bibel und der Übung gemäß, auf die Arbeitswoche fest, die mit Montag beginnt und mit Sonntag, als dem Ruhetage, schließt. In der Anfrage handelte es sich aber um eine Satzung, die von der Kalenderwoche spricht. Das Gesetz gebraucht diesen Ausdruck überhaupt nicht, und wir haben uns dahin geäußert, daß die Satzung wohl dasselbe meinen möge, was das

Digitized by Google

Gesetz mit „Beitragswoche" bezeichnet, wenngleich man unter Kalenderwoche gemeinhin den Zeitraum von Sonntag bis Sonnabend verstehe. Wir haben aus Anlaß der vorstehenden Bemängelung nochmals Kalender verschiedensten Formats und verschiedenster Herkunft eingesehen und gefunden, daß nicht nur viele, sondern alle uns zugänglichen Kalender die Woche mit dem Sonntag beginnen lassen und entsprechend auch die Wochen des Jahres zählen. Im laufenden Jahre 1921 z. B. wird danach überall der auf einen Sonntag gefallene 2. Januar als Beginn der zweiten Woche bezeichnet. Die Allgemeinheit dieser Einteilung rechtfertigt doch wohl die Annahme, daß „gemeinhin" unter Kalenderwoche der Zeitraum von Sonntag bis Sonnabend verstanden wird. Das dürfte seinen tieferen, inneren Grund darin haben, daß es einem Bedürfnisse des Volkes entspricht, die Woche mit einem Tage der Andacht und Weihe einzuleiten. Danach ist uns unverständlich, wie an unserer Auskunft Anstoß genommen werden kann, und vor allem, inwiefern sie etwas vom Volksbewußtsein Abweichendes enthalten soll. Große Massen des Volkes empfangen am Sonnabend den Lohn ihrer Wochenarbeit, und weit über diese Massen hinaus begrüßt man nicht nur im klassischen Lande des „week-end", sondern auch bei uns den Sonnabend als das Wochenende.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Zur kommenden Reform der Sozialversicherung

äußert sich Professor Dr. Kaskel im Schlußkapitel seines hier S. 417 besprochenen Aufsatzes wie folgt:

„Überblickt man die Wandlungen, die das soziale Versicherungsrecht seit seiner Kodifikation in RVO. und AVG. erfahren hat, so ergibt sich, daß trotz aller verwirrenden Fülle neuer Bestimmungen alle die zahllosen Änderungen doch nur Einzelvorschriften von meist recht untergeordneter Bedeutung berühren, daß der Gesamtaufbau der Sozialversicherung dagegen unangetastet geblieben ist. Dieses Ergebnis befremdet um so mehr, als das soziale Versicherungsrecht tief in Wirtschaft und Arbeit der Gesamtheit wie jedes einzelnen eingreift. Bei der völligen Umgestaltung unserer Wirtschafts- und Arbeitsverhältnisse wäre daher eine grundlegende Änderung gerade des sozialen Versicherungsrechts um so eher zu erwarten gewesen.

Es wäre erfreulich, wenn diese Widerstandsfähigkeit des sozialen Versicherungsrechts trotz des verhältnismäßig kurzen Bestandes der ganzen Einrichtung ausschließlich auf die Güte und Bewährung seiner Grundlagen zurückzuführen wäre, so daß wir mit der Sozialversicherung in ihrer gegenwärtigen Form als mit einem festen Bestande auch des künftigen Rechts zu rechnen hätten. Dem ist indessen keineswegs so. Der bisherige Beharrungszustand entspringt vielmehr eher einer gewissen Gleichgültigkeit weiter Bevölkerungskreise gegenüber der Sozialversicherung, weil diese an praktischem Wert in hohem Maße eingebüßt hat. Die Sozialversicherung, einst das Kernstück der ganzen deutschen sozialpolitischen Gesetzgebung und der Gegenstand berechtigten Stolzes vor dem Ausland, sinkt, wenn die Entwicklung in der bisherigen Weise weitergeht, in den Augen des Volkes gegenüber dem sonstigen Arbeitsrecht zur Bedeutungslosigkeit herab. Wie erklärt sich diese Erscheinung?

Die Schöpfer der deutschen Sozialversicherung haben diese Einrichtung in erster Reihe auf die Zahlung von Renten abgestellt, die einen Ersatz für entgangenen Arbeitsverdienst bilden und eine wenigstens notdürftige Existenz sicherstellen sollten. Wohl ist die Praxis immer mehr dazu übergegangen, neben die Geldleistung die Sachleistung treten zu lassen und sich neben der Schadenvergütung mit der Schadenverhütung zu befassen. Aber im Mittelpunkt der Sozialversicherung ist doch die Rente geblieben, und von den Paragraphen der Versicherungsgesetze befaßt sich bei weitem der größte Teil nur mit ihr und ihrer Sicherstellung.

Die Rente kann aber unter den veränderten wirtschaftlichen Verhältnissen die frühere Funktion nicht mehr erfüllen, ihre Spannung zum Arbeitsverdienst wird immer größer, ihre Kaufkraft immer geringer, sie ist in ihrer Unzulänglichkeit, z. B. in der Hinterbliebenenversicherung, vielfach geradezu ein Gegenstand des Spottes geworden. Und die fortgesetzten Versuche, durch Heraufsetzungen, Zulagen und Beihilfen abzuhelfen, sind, da sie hinter dem wirklichen Bedarf doch unendlich weit zurückbleiben müssen, von vornherein zum Scheitern verurteilt und nur geeignet, die ohnehin komplizierte Rentenberechnung noch mehr zu verwirren und die bisher soliden finanziellen Grundlagen der Versicherungsträger vollends zu zerstören.

Der Rente durch entsprechende Erhöhung wieder die frühere Bedeutung zu verschaffen, ist schlechterdings unmöglich, denn die dazu erforderlichen Beiträge würden von Arbeitgebern wie von Arbeitnehmern gleichmäßig als unerschwinglich abgelehnt werden. Und eine Ergänzung der Beiträge durch Reichsmittel ist, abgesehen von der verzweifelten Finanzlage des Reiches, welche dies verbietet, schon darum ausgeschlossen, weil unsere Feinde, in deren Ländern eine entsprechende Fürsorge nicht besteht, hiergegen sicherlich Einspruch einlegen würden. Und auch zu einer internationalen Regelung des Versicherungsrechts hat sich bisher wenig Neigung gezeigt, zumal Amerika der Einführung einer Zwangsversicherung von jeher widerstrebt.

So bleibt zur Erhaltung der deutschen Sozialversicherung m. E. nur eines übrig: die Rente aus ihrer beherrschenden Stellung zu verdrängen und sie durch Sachleistungen (ärztliche Behandlung, Arznei, freie Kost) und Schadenverhütung zu ersetzen, vielleicht auch die kleinen Renten bei verhältnismäßig geringfügigen Körperschäden zugunsten der Erhöhung der Renten bei schweren Schädigungen gänzlich zu beseitigen. Dazu wird als neue Aufgabe die Arbeitsbeschaffung zu treten haben, das heißt, die Unterbringung der gemindert Erwerbsfähigen im Wirtschaftsleben durch Anlernung und Umschulung auf einen ihren verbliebenen Fähigkeiten entsprechenden Beruf und durch Schaffung und Ausnutzung geeigneter Arbeitsplätze hierfür. Hier ist die Kriegsbeschädigtenfürsorge teilweise vorbildlich vorangegangen, und das Gesetz über die Beschäftigung Schwerbeschädigter vom 6. 4. 1920 eröffnet auch für die Unfallverletzten wenigstens die ersten Möglichkeiten.

Nur wenn die kommende Reform der Sozialversicherung, die von der Regierung amtlich in Aussicht gestellt ist und für die zahlreiche Vorschläge vor-

Digitized by Google

liegen, solche neuen Wege beschreitet, wird es möglich sein, der Sozialversicherung in Deutschland ihre wirtschaftliche und soziale Bedeutung und damit zugleich Deutschland in der Gesamtheit der Völker die Führerstellung auf einem wichtigen Gebiet zu erhalten."

Krankengeld bei Auslandskuren.

Der Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen in Dresden hat die Kassen durch allgemeine Bekanntmachung ersucht, die Krankenhilfe in den Fällen nicht ruhen zu lassen, in denen ein Kriegsbeschädigter von der zuständigen Fürsorgestelle in ein im Ausland gelegenes Kurhaus (z. B. nach Davos) eingewiesen ist, da der Aufenthalt im Auslande in diesen Fällen kein freiwilliger ist. Den Kassen ist empfohlen worden, für bereits eingetretene Versicherungsfälle die Zustimmung nachträglich zu erteilen und sie für weitere Fälle nicht zu versagen. Fürderhin soll aber vor der Einweisung in ein ausländisches Kurhaus die Zustimmung des Krankenkassenvorstandes jedesmal durch die Fürsorgestellen eingeholt werden, damit eine Unterbrechung der Zahlungen vermieden wird. — Zu vgl. Bescheid des Reichsarbeitsministers vom 17. 9. 20, ArbVers. 1920 S. 611.

Schrifttum.

Reichsversicherungsordnung. Textausgabe mit den Ergänzungsbestimmungen, Verweisungen und alphabetischem Sachregister. Vierte Auflage herausgegeben von Regierungsrat Dr. Franz Eichelsbacher. München 1921 bei C. H. Beck. 505 Seiten. Preis: geb. 20 *M*.

„Das Arbeiten mit der Reichsversicherungsordnung ist nachgerade eine Qual geworden." Mit diesem Schmerzensruf beginnt das Vorwort, und es ist sicher, daß der ganze Chor der Praktiker des Reichsversicherungsrechts einstimmen wird. Die vorliegende Ausgabe gibt den Stand der Gesetzgebung am 1. 4. 21 wieder und berücksichtigt auch noch die Novellen vom 11. 4. 21 zur Unfallversicherung und vom 7. 4. 21 zum Invalidenrentenbeihilfegesetz. Auch auf die wichtigsten Ausführungsbestimmungen des Reiches und die wesentlichsten aus Anlaß des Krieges ergangenen Vorschriften ist hingewiesen. So erreicht der Herausgeber, was er als Zweck der neuen Ausgabe bezeichnet: daß sie auch dem Nichtfachmann erlaubt, sich wieder mit einigem Vertrauen dem wichtigsten Gesetze unserer Sozialgesetzgebung zuzuwenden. Das gut gebundene Buch empfiehlt sich auch durch seine handliche Form.

Die Wandlung des sozialen Versicherungsrechts seit seiner Kodifikation. Von Professor Dr. Walter Kaskel in Berlin. Tübingen 1921 bei J. C. B. Mohr (Paul Siebeck).

Das Heft ist der Sonderabdruck eines im Jahrbuch des öffentlichen Rechts Bd. 10 (1921) S. 55 bis 136 erschienenen Aufsatzes und leider für sich allein im Buchhandel nicht erhältlich. Das ist deshalb bedauerlich, weil der Bericht des Verfassers, der eine systematische Zusammenstellung und Verarbeitung der seit 1912 eingetretenen Rechtsänderungen (in Anknüpfung an Rosins Darstellung im Jahrb. Bd. 6 von 1912 S. 1 bis 75) enthält, für Praktiker und Theoretiker von hohem Wert, der vollständige Band des Jahrbuchs aber wegen des hohen Preises (120 *M*) doch nur einem recht begrenzten Kreise von Interessenten zugänglich ist. Der Aufsatz ist in fünf Teile gegliedert: 1. Sachliche Reformen, darunter vor allem die neuen Gesetze über Wochenhilfe; 2. Anpassung an die veränderten wirtschaftlichen Verhältnisse; 3. Anpassung an die veränderten politischen (inneren und äußeren) Verhältnisse; 4. Anpassung an den Kriegszustand; 5. Ergebnis und Ausblick. — Im Anhang weist eine „Gesetzestafel" für die Zeit vom 22. 7. 13 bis zum 11. 4. 21 nicht weniger als 102 Gesetze usw., unter kurzer Kennzeichnung ihres Inhalts und unter Hinweis auf ihre etwaigen Abänderungen, nach. Die Schrift ist ein Zeugnis äußersten Fleißes und größter Sorgfalt in der Berücksichtigung, Zusammenfassung und Gruppierung des überreichen Stoffes. Sie enthält auch Hinweise auf das einschlägige Schrifttum und gelegentlich auch einen Hinweis auf kommendes Recht (S. 72, hinsichtlich des Entwurfs eines Gesetzes über Krankenversicherung der Hausgewerbetreibenden). Das Kapitel „Ergebnis und Ausblick", das gleichfalls in die Zukunft weist und von der „kommenden Reform der Sozialversicherung" spricht, teilen wir wegen des bemerkenswerten Grundgedankens an anderer Stelle (oben S. 416) vollständig mit.

Neue Zeitschrift für Arbeitsrecht. Herausgegeben von Ministerialrat Dr. Dersch, Professor Dr. Kaskel, Ministerialrat Dr. Sitzler und Präsident Dr. Syrup. Verlag von J. Bensheimer, Mannheim, Berlin, Leipzig.

Nach dem uns vorliegenden ersten Doppelheft (Mai—Juni) hält sich die neue Zeitschrift in Anlage und Stoffeinteilung im wesentlichen an das bewährte Vorbild der „Monatsschrift für Arbeiter- und Angestelltenversicherung" und rechtfertigt durch den Stab kundiger und schriftgewandter Mitarbeiter, über den sie schon nach diesem ersten Hefte verfügt, die Anwartschaft, auf dem Gebiete des neuen Arbeitsrechtes die gleiche bedeutsame Stellung zu gewinnen, wie jenes Vorbild auf dem Gebiete des Sozialversicherungsrechts. Aus dem reichen und interessanten Inhalt des vorliegenden Heftes mögen hier hervorgehoben werden die folgenden größeren Aufsätze: Sitzler, Begriff der Gesamtstreitigkeit im Schlichtungsverfahren; Kaskel, Haftung für Handlungen des Betriebsrats; Bewer, Recht auf Beschäftigung; Flatow, Zuständigkeitsverteilung zwischen Gericht und Schlichtungsausschuß bei fristloser Entlassung nach dem Betriebsrätegesetz. Sehr reich bedacht sind die Übersichten über das Schrifttum S. 66 ff., 74 ff.

Jahrbuch des Reichsversicherungs- und Militärversorgungsrechts. Jahrg. 1920. Herausgegeben von Dr. Hs. Th. Soergel in Verbindung mit den Senatspräsidenten Dr. Mentzel und Dr. Moll. Verlag von W. Kohlhammer, Berlin, Stuttgart, Leipzig 1921. — 156 Seiten. Preis: geb. 24 *M*.

Das Buch enthält die Rechtsprechung und Zeitschriftenaufsätze des Jahres 1920 in der gleichen, knappen, klaren Fassung, wie die früheren Jahrgänge. Es ist eine alljährlich wiederkehrende, immer

Digitized by Google

willkommene, weil in der Praxis bewährte Erscheinung. Es genügt daher, hier auf die früheren anerkennenden Besprechungen hinzuweisen (1917 S. 286, 1919 S. 298, 1920 S. 616).

Reichsverordnung über Erwerbslosenfürsorge. Zweite Auflage. Erläutert vom Geh. Regierungsrat J. Krause, Direktor des Thüringischen Oberversicherungsamts in Gera. Stuttgart 1921, Verlag von J. Heß. 184 Seiten. Preis 22 *M*.

Die erste Auflage dieses Buches ist im Heft 4 des laufenden Jahrgangs S. 76 mit gebührender Anerkennung als ein für die Praxis besonders wertvolles Werk gewürdigt, und ist dabei namentlich auch als dankenswert begrüßt worden, daß hier zum erstenmal auch die auf die Krankenversicherung bezüglichen Vorschriften der Verordnung eine eingehende und sachverständige Erläuterung gefunden haben. Daß so bald eine neue Auflage notwendig wurde, bestätigt unser anerkennendes Urteil. Sie ergänzt das Buch durch Berücksichtigung der inzwischen erlassenen Bekanntmachung vom 11. 8. 20 und vor allem der zahlreichen, im Reichsarbeitsblatt bis März 1921 veröffentlichten Bescheide und Erlasse des Reichsarbeitsministeriums und anderer zuständiger Stellen.

Rezeptkaschenbuch der billigen Arzneiverordnungen für Privat- und Krankenhauspraxis. Von Professor Dr. Franz Müller und Oberapotheker A. Kofka. Leipzig 1921. Verlag von Georg Thieme. 56 S. Preis 9 *M*.

Das handliche Büchlein stellt die gebräuchlichsten und wertvollsten Arzneimittel in möglichst billiger Verordnungsart zusammen, ohne auf besonders wertvolle, wenn auch verhältnismäßig teure Stoffe ganz zu verzichten. Hervorragende praktische Ärzte haben die Arbeit der Verfasser durchgesehen und unterstützt, was eine Gewähr dafür bieten dürfte, daß kein für die Praxis wichtiger Stoff übersehen worden ist. Die überall beigefügten Preise für die Privatpraxis beziehen sich auf den Stand von Februar-März 1921. Die Rezepte sind in übersichtlicher Weise nach den verschiedenen Krankheitsgruppen und innerhalb dieser nach den einzelnen Arten der Erkrankung geordnet.

Beantwortung von Anfragen.

Rechtsauskünfte aus unserem Arbeitsgebiet erteilen wir den Beziehern unserer Zeitschrift bereitwillig, ohne indessen eine Verpflichtung oder eine zivilrechtliche Haftung zu übernehmen. Für schriftliche Auskunft wird Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten, und zwar auch dann, wenn nur Bescheid durch die Zeitschrift erbeten, die Sache aber zur Veröffentlichung an dieser Stelle nach unserem Ermessen nicht geeignet ist.

Dringende Bitte!

Auch in diesem Sommer haben die Mitglieder unserer Schriftleitung das Bedürfnis, sich von der anstrengenden Tagesarbeit zurückzuziehen und auswärts Erholung zu suchen. Die Leser der „Arbeiter-Versorgung" werden daher gebeten, während der nächsten Wochen nur unumgänglich nötige Fragen an den Briefkasten zu richten und uns ausreichende Zeit zur Beantwortung zu lassen.

a) **Lösung des Beschäftigungsverhältnisses oder bloße Unterbrechung?** b) **Leistungspflicht der Krankenkasse bei Unfall eines ausgesteuerten und fortdauernd kranken Versicherten?** c) **Zur Frage des Wegfalls der Beitragspflicht aus § 397 Abs. 1 RVO. bei Wegfall des Interesses an der Abmeldung.**

1. **Nach Dortmund.** Antwort: Sie bemerken in Ihren Ausführungen zu den drei Fragen zutreffend, daß diese schon vielfach in Zeitschriften und Entscheidungen erörtert worden sind. Wenn Sie gleichwohl meinen, daß hierdurch die erforderliche Klarheit nicht geschaffen sei, so können Sie nicht wohl erwarten, im Rahmen einer Auskunft über alle möglichen Zweifelspunkte befriedigend aufgeklärt zu werden. Wir müssen uns begnügen, kurz zu den einzelnen von Ihnen beregten Zweifeln Stellung zu nehmen.

a) Die Frage: „Wann endet die Pflichtmitgliedschaft bei nicht ausdrücklich gelöstem Beschäftigungsverhältnis?" läßt sich nur dahin beantworten, daß diese Mitgliedschaft auch endet, wenn die Absicht der Lösung zwar nicht ausdrücklich, aber durch Handlungen oder Unterlassungen des Arbeitgebers oder des Versicherten gegenüber dem anderen Teile hinreichend klar bekundet worden ist. Eine solche Bekundung (stillschweigende Willenserklärung) liegt nicht schon ohne weiteres in der Unterbrechung der tatsächlichen Arbeitsleistung und auch nicht in der Einstellung der Lohnzahlung, wenn aus anderen Umständen das Einverständnis beider Teile über die Fortdauer des Arbeitsverhältnisses entnommen werden kann und die Unterbrechung der Arbeitsleistung und der Lohnzahlung nur von nicht erheblicher Dauer ist. Letzteres ist dann anzunehmen, wenn nach der Unterbrechung wieder eine Lohnzahlung stattfindet, die dem Arbeitnehmer die Erfüllung seiner Beitragspflicht auch für die Zwischenzeit ermöglicht. Das kommt unseres Erachtens in den von Ihnen angezogenen Entscheidungen des RVA. (Arb.-Vers. 1920 S. 169 und 267) hinreichend klar zum Ausdruck, obgleich sich aus ihnen keine bestimmte Zeitdauer der Unterbrechung entnehmen läßt, die als nicht erheblich im bezeichneten Sinne zu gelten hätte. Eine solche feste Norm läßt sich nicht aufstellen, sondern es muß der verständigen Beurteilung im Einzelfall unter Würdigung aller besonderen Umstände Raum gelassen werden. Daß die Praxis hiernach nicht selten vor schwierige Aufgaben gestellt wird und daß die Rechtsprechung über diese Fragen oft widersprechende Entscheidungen zeitigen muß, ist nicht zu verkennen. Dem abzuhelfen wäre eine Sache des Gesetzgebers.

b) Der Große Senat des RVA. hat für den Fall der Pflichtversicherung wie der freiwilligen Weiterversicherung ausgesprochen, daß dem wegen einer Krankheit ausgesteuerten Versicherten wegen einer neuen Erkrankung, auch wenn sie mit

Digitized by Google

der früheren nicht ursächlich zusammenhängt, ein Anspruch auf Krankenpflege nur dann zusteht, wenn inzwischen ein Zustand bestanden hat, der weder Heilbehandlung erforderte noch mit Arbeitsunfähigkeit verbunden war (Entsch. 2577, ArbVers. 1920 S. 427). In der Begründung ist hervorgehoben, daß das Fortbestehen der Behandlungsbedürftigkeit oder der Arbeitsunfähigkeit, weil dadurch die Möglichkeit des Eintritts eines „neuen" Versicherungsfalls ausgeschlossen wird, jeden weiteren Anspruch auf Krankenpflege oder Krankengeld ausschließt. Nach dieser Begründung kommt es auf die Ursache der neuen Erkrankung schlechthin nicht an. Ein neuer Anspruch ist daher auch dann ausgeschlossen, wenn die neue Erkrankung auf einem Unfall beruht.

c) Zur Frage des Wegfalls der Beitragspflicht aus § 397 Abs. 1 RVO. wegen Erledigung des Interesses der Kasse an der Abmeldung haben wir uns schon sehr oft geäußert (zu vgl. besonders 1917 S. 16, 1920 S. 380 Ziff. 15 und die dort angeführten Stellen). Wir können nicht finden, daß das RVA. in der Entsch. ArbVers. 1920 S. 267 zu Unrecht angenommen habe, daß die Kasse kein Interesse mehr an der Abmeldung gehabt habe. Wenn Sie demgegenüber nur an die „Familienleistungen" erinnern, um darzutun, daß die Kasse unbedingt das Ende des Beschäftigungsverhältnisses erfahren müsse, um Überleistungen zu vermeiden, so besteht doch eben dies Interesse der Kasse nur, wenn im besonderen Falle bei Nichtabmeldung der Versicherten Überleistungen der Kasse in Frage kommen konnten. Daß aber in dem Falle der bemängelten Entscheidung die Gefahr solcher Überleistungen bestand, daß insbesondere Leistungen an Familienangehörige des Nichtabgemeldeten überhaupt in Frage kommen konnten, ist aus dem Sachverhalt nicht zu entnehmen.

Ersatzanspruch der Kasse für das einem Kriegsbeschädigten gewährte Krankengeld.

2. **Nach Ludwigshafen a. Rh.** Antwort: Ein Ersatzanspruch der Krankenkasse wegen des satzungsmäßigen Krankengeldes besteht nicht, wenn nicht die Kasse, sondern das Versorgungsamt das Heilverfahren durchführt. Zu vgl. ArbVers. 1920 S. 580 Ziff. 12, 13 und 1921 S. 20 Ziff. 10.

„Angestellte" im Sinne des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

3. **Nach Leobschütz.** Antwort: Das Gesetz hat von einer Begriffsbestimmung des „Angestellten" absichtlich abgesehen und es für zweckmäßiger erachtet, die einzelnen Gruppen von Personen, die der Angestelltenversicherung unterliegen, im § 1 aufzuzählen. Allgemein läßt sich danach nur sagen, daß es sich dabei um solche Personen handelt, die nach der Art ihrer Tätigkeit nicht mehr zur Klasse der niederen, lediglich ausführenden Hilfskräfte gezählt werden können (zu vgl. Anleitung des RVA. vom 26. 4. 12 Ziff. 43). Ob das im Falle Ihrer Anfrage zutrifft, läßt sich aus Ihren Angaben nicht sicher entnehmen. Da Sie aber an die Bemerkungen über „Büroangestellte" in ArbVers. 1921 S. 198 anknüpfen und hervorheben, daß es sich um Hilfskräfte im Kassendienst handelt, die zwar zur Ausbildung oder Vorbereitung beschäftigt werden, aber doch selbständige Arbeit leisten, so scheint es sich um Büroangestellte zu handeln, die nicht nur „mit niederen oder lediglich mechanischen Dienstleistungen beschäftigt werden", und daher nach § 1 Ziff. 2 angestelltenversicherungspflichtig sind. Dieser Annahme steht es nicht entgegen, daß sie im Sinne des § 351 Abs. 1 RVO. zu vorübergehender Dienstleistung beschäftigt werden; denn vorübergehende Dienstleistung im Sinne des § 8 AngestVersGes. und der Bekanntm. v. 9. 7. 13 (ArbVers. S. 762) liegt ersichtlich nicht vor.

Haftung der Berufsgenossenschaft für Zerstörung eines künstlichen Gebisses?

4. **Nach Leuna-Werke.** Frage: Ein Kassenmitglied hat einen Unfall dadurch erlitten, daß ihm ein Kohlenkasten an seine Backe stieß, so daß sein künstliches Gebiß herausfiel und zerbrach. Die Berufsgenossenschaft stellt sich auf den Standpunkt, daß es sich nur um einen Sachschaden handelt, der von ihr nicht zu entschädigen sei. Wir stehen auf dem Standpunkt, daß das Gebiß zu den Hilfsmitteln zählt, „die erforderlich sind, um die Folgen der Verletzung zu erleichtern". (§ 558 RVO.) Was ist richtig?

Antwort: Wir halten die Auffassung der Genossenschaft für die richtige. Denn auch jene „Hilfsmittel" hat die Berufsgenossenschaft nach § 558 RVO. nur bei „Verletzung" zu gewähren, worunter, wie sich aus § 555 ergibt, nur eine Körperverletzung zu verstehen ist. Eine solche liegt aber nicht vor.

Behandlung von Grunderwerb und Hypothekenübernahme im Rechnungsabschluß und Vermögensnachweis der Kasse.

5. **Nach Halle a. S.** Antwort: Die Auffassung des Versicherungsamts ist die richtige. Im Unterschiede von der Vermögensnachweisung, die auf Darstellung dessen abzielt, was die Kasse am Schlusse des Geschäftsjahres einerseits besitzt, und anderseits schuldet, soll der Rechnungsabschluß eine Übersicht über die von der Kasse im Laufe des Geschäftsjahrs gemachten Reineinnahmen und Reinausgaben bieten. Hat die Kasse ein Grundstück erworben und in Anrechnung auf den Erwerbspreis eine Hypothek übernommen, so bedeutet das, daß ihre Reinausgabe für das Grundstück nur in dem um den Hypothekenbetrag verminderten Erwerbspreise besteht. Daher hat im Rechnungsabschluß (Muster 1) nur der so verminderte Preis unter Kapitel 7, Tit. 4, Sp. 7 zu erscheinen (zu vgl. auch „Regeln des Statistischen Amts" in ArbVers. 1914 S. 508, zu Muster 1 Ziff. 2). Im Vermögensnachweis dagegen ist, seinem erwähnten andersartigen Zwecke gemäß, das Grundstück unter Angabe des vollen Erwerbspreises in die Aktiva (I A 5) und der Betrag der Hypothek als eine Forderung des Hypothekengläubigers in die Passiva (B 3) aufzunehmen.

Haftung für einen Kraftwagenunfall.

6. **Nach Eberbach.** Frage: Ein bei unserer Kasse Versicherter wurde beim Durchqueren eines Weges von einem Kraftwagen überfahren und erlitt hierbei einen Beinbruch, der längere Zeit Arbeitsunfähigkeit bedingte. Zu Beginn dieses Weges ist von der Stadtgemeinde ein Warnungszeichen „für den durchgehenden Verkehr gesperrt" angebracht, welches der aus Bremen stammende Kraftwagenbesitzer übersehen hatte. Allerdings ist die Tafel schon ziemlich veraltet, verrostet und auch etwas unauffällig angebracht. Ist in diesem Falle der Kraftwagenbesitzer, der den verbotenen Weg gefahren ist, oder die Stadtgemeinde, die es unterlassen hat, das veraltete und dadurch unauffällig gewordene

Digitized by Google

Warnungszeichen durch ein neues zu ersetzen, zum Schadensersatz verpflichtet?

Antwort: Es müssen noch nähere Feststellungen getroffen werden, unter welchen Umständen der Unfall sich ereignete, ob den Kraftwagenführer oder den Verletzten selbst noch ein Verschulden trifft usw. In Frage kommt die Anwendung folgender Rechtsgrundsätze: Nach § 7 Ges. über den Verkehr mit Kraftfahrzeugen (RGBl. 1909 S. 437, ArbVers. S. 530) ist der Halter des Fahrzeuges ersatzpflichtig, wenn bei dem Betriebe eines Kraftfahrzeuges ein Mensch verletzt wird. Daß ihn ein Verschulden trifft, ist hier nicht Voraussetzung, jedoch ist der Umfang der Ersatzpflicht auf den Betrag von 50 000 ℳ oder auf eine Jahresrente von 3000 ℳ beschränkt (§ 12 a. a. O.). Die Ersatzpflicht ist nach § 7 Abs. 2 unter gewissen Voraussetzungen ausgeschlossen, namentlich dann, wenn der Verletzte durch sein Verhalten den Unfall selbst herbeigeführt hat. Sie entfällt ferner auch dann, wenn der Unfall durch ein Fahrzeug verursacht wurde, das nur zur Beförderung von Lasten dient und auf ebener Bahn eine auf 20 Kilometer begrenzte Geschwindigkeit in der Stunde nicht übersteigen kann (§ 8). Von seiner Haftung aus dem Automobilgesetz kann sich der Fahrzeughalter nicht durch den Entlastungsbeweis aus § 831 BGB., d. h. durch den Nachweis befreien, daß er selbst bei der Auswahl des Fahrzeugführers die im Verkehr erforderliche Sorgfalt beobachtet habe. — Über das Automobilgesetz hinaus kommt eine Ersatzpflicht aus §§ 823 ff. BGB. in Betracht. Hier sei aber besonders hingewiesen auf die Zulässigkeit des Entlastungsbeweises aus § 831 BGB., ferner auf den Einfluß eines mitwirkenden Verschuldens des Verletzten gemäß § 254 BGB. Ein Verschulden des Fahrers kann darin gefunden werden, daß er einen verbotenen Weg benutzte, obwohl er das Verbot kannte. Kannte er es aber nicht, so lag darin kein Verschulden, daß er die leicht zu übersehende Tafel nicht bemerkte. — Nicht ausgeschlossen ist ein Verschulden der Gemeinde. Sie bewirkte durch das Verbot, daß die Fußgänger sich darauf verließen, daß der Weg von Kraftwagen nicht werde benutzt werden; sie mußte daher dafür sorgen, daß die Tafel besonders für die Automobilführer leicht sichtbar und lesbar war. Danach ist es sehr wohl möglich, daß nähere Feststellungen auch eine Haftung der Gemeinde ergeben (zu vgl. §§ 89, 31 BGB.). Diese Haftung schließt die des Kraftwagenhalters nicht aus.

Erneuerung eines rechtskräftig abgewiesenen Anspruchs.

7. **Nach Troisdorf.** Antwort: Ein rechtskräftig abgewiesener Anspruch kann nicht deshalb von neuem erhoben werden, weil inzwischen von einem anderen Gericht in einem gleichartigen Falle in entgegengesetztem Sinne entschieden worden ist. Nach § 578 ZivPrOrdg. kann die Wiederaufnahme eines durch rechtskräftiges Endurteil geschlossenen Verfahrens nur aus einem der in §§ 579, 580 a. a. O. bezeichneten Gründe erfolgen. Ein solcher Grund liegt nicht vor.

Weiterversicherung und Wählbarkeit eines Ersatzkassenmitgliedes bei der Ortskrankenkasse.

8. **Nach Erfurt.** Antwort: Daß ein Ersatzkassenmitglied, dessen Rechte und Pflichten bei der Ortskrankenkasse nach § 517 RVO. ruhen, gleichwohl Mitglied dieser Kasse bleibt und daß es daher, wenn es aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung ausscheidet, sich nach § 313 RVO. freiwillig weiterversichern kann, auch wenn es in der Ersatzkasse verbleibt, dies ist zwar nicht unbestritten (zu vgl. Reifer in „Ortskrankenkasse" 1916 Sp. 14 ff.), aber unseres Erachtens völlig zweifelsfrei, wie wir bereits im Jahrg. 1918 S. 600 Ziff. 12 näher ausgeführt haben. Ebenso zweifelsfrei ist folglich die Wählbarkeit dieses Weiterversicherten zum Ausschuß der Ortskrankenkasse.

Wieviel Abschriften sind der Rechtsmittelschrift beizufügen?

9. **Nach Cochem.** Frage: Wir haben gegen eine Vorentscheidung des Versicherungsamts gemäß §§ 1658, 1675 RVO. Berufung eingelegt. Die Berufungsschrift wurde gemäß § 1680 RVO. an das Versicherungsamt eingereicht, und gemäß § 13 der Verordnung, betreffend die Oberversicherungsämter, vom 24. 12. 1911 für die Gegenpartei eine Abschrift der Berufungsschrift beigefügt. Das Versicherungsamt verlangt nunmehr noch zwei beglaubigte Abschriften der angefochtenen Vorentscheidung.

Antwort: Nein — vorausgesetzt, daß nur eine Gegenpartei vorhanden ist. Wenn das Versicherungsamt 13 Abschriften verlangte, so hätte das genau soviel für sich oder, angesichts des § 13 Abs. 3, gegen sich, wie das Verlangen nach zwei weiteren Abschriften.

Insasse eines Armenhauses als versicherungspflichtiger Arbeiter.

10. **Nach Witten.** Frage: Ein Insasse des Landarmen- und Krankenhauses zu G. wurde auf seinen Wunsch durch die Krankenhausverwaltung auf 4 Monate beurlaubt, um bei einem Landwirt Arbeit zu verrichten. Als Lohn wurde freier Unterhalt gewährt. Die Anstalt behauptet, der Betreffende habe während der Urlaubszeit unter der Gewalt der Anstalt gestanden und sei deshalb nicht krankenversicherungspflichtig gewesen. Trifft diese Auffassung zu?

Antwort: Nein! Daß ein Lohnarbeiter unter der Gewalt eines anderen (des Vaters oder Vormundes oder einer Anstalt) steht, macht ihn nicht versicherungsfrei. Unter gewissen Voraussetzungen kann auf Antrag Befreiung eintreten (§ 174 Ziff. 2 RVO.).

Rechtslage, wenn eine Betriebskrankenkasse vor ihrer Auflösung ihr Vermögen unter Verletzung des § 387 RVO. verbraucht hat.

11. **Nach U.** Antwort: Bei Auflösung einer Betriebskrankenkasse kann einer anderen Kasse ein Vermögensbetrag nur überwiesen werden, wenn ein solcher nach Abwicklung der Geschäfte verbleibt (§ 303 RVO.). Ist dies nicht der Fall, so kann die andere Kasse einen Anspruch gegen die aufgelöste Kasse oder gegen den Betriebsunternehmer auch nicht daraus herleiten, daß das Kassenvermögen unter Nichtbeachtung der Vorschrift des § 387 RVO. verbraucht worden ist. Diesem gesetzwidrigen Verhalten mußte im Aufsichtswege entgegengewirkt werden (§§ 30, 31 RVO.).

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Str. 12.
Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., in Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bernhat, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

Heft 1324 der ganzen Folge.

38. Jahrgang | **1. August 1921** | **Heft 22**

Die Beschaffung größerer Heil- und Hilfsmittel für Unfallverletzte vor Ablauf der Wartezeit.

Von Berufsgenossenschaftssekretär F. Zwinger in München.

Es tritt gelegentlich die Notwendigkeit ein, einem Unfallverletzten vor Ablauf der dreizehnwöchigen Wartezeit ein einzelnes größeres Heil- oder Hilfsmittel — z. B. einen orthopädischen Stiefel, ein künstliches Gebiß u. a. — zu beschaffen, und es entsteht dann die Frage, wer dafür einzutreten hat.

Nach § 182 Ziff. 1 RVO. hat die Krankenkasse Brillen, Bruchbänder und andere kleinere Heilmittel zu gewähren. Also nur Heilmittel, d. h. „mit der Krankenbehandlung in unmittelbarem Zusammenhang stehende sächliche Mittel, die zur Heilung oder Milderung des Krankheitszustandes oder zur Beseitigung der durch sie verursachten Arbeitsunfähigkeit dienen sollen", und nur „kleinere" Heilmittel, d. h. solche, deren Gestehungskosten jene der namentlich angeführten Brillen und Bruchbänder nicht wesentlich übersteigen, und die sich ihrem Charakter nach nicht weit davon entfernen. Die Satzung kann hierfür einen Höchstbetrag festsetzen und bestimmen, daß die Kasse bis zu dieser Höhe einen Zuschuß für größere Heilmittel gewähren darf (§ 193 Abs. I). Darüber hinaus kann die Satzung noch andere als kleinere Heilmittel (§ 193 Abs. II) und Hilfsmittel gegen Verunstaltung und Verkrüppelung, die nach beendigtem Heilverfahren nötig sind, um die Arbeitsfähigkeit herzustellen oder zu erhalten, (§ 187 Ziff. 3) zubilligen. Von dem Rechte des § 187 Ziff. 3 und des § 193 Abs. II wird nur selten und bei besonders günstiger Vermögenslage der Kasse Gebrauch gemacht; jetzt wohl noch weniger wie früher, da die bedeutend gesteigerten Ausgaben für Krankengeld, ärztliche Behandlung usw. die Krankenkassen zu größter Sparsamkeit zwingen. In der Regel machen sie bei der Befugnis des § 193 Abs. I halt. Aber auch dann, wenn sie weitergehen, sind ihre Leistungen keine unbedingten und unbegrenzten. Zum Begriff der hier fraglichen Hilfsmittel gehört auch ihr Zweck, „die Arbeitsfähigkeit herzustellen oder zu erhalten," sie sind daher unzulässig, wenn dieser Zweck nicht in Frage kommen kann. Dies ist z. B. dann der Fall, wenn das Hilfsmittel nicht der „Herstellung", sondern der Erhöhung der Arbeitsfähigkeit dienen soll, ebenso dann, wenn das Mittel nur erforderlich ist, um die Folgen der Verletzung zu erleichtern. Dies wird bei der Auslegung, die der Begriff der Arbeitsunfähigkeit auf dem Gebiete der Krankenversicherung gefunden hat, nicht selten der Fall sein. Dann handelt es sich bei den satzungsmäßigen Leistungen um freiwillige Mehrleistungen. Die Kassen sind somit berechtigt, einen bestimmten Höchstbetrag festzusetzen und die Gewährung auch ganz abzulehnen. Kurzum die Krankenkassen werden in vielen Fällen ganz oder

Digitized by Google

zum Teil nicht leisten können oder nicht leisten wollen. Bei den Verletzten, die nicht auf Grund der Reichsversicherung oder bei einer knappschaftlichen Krankenkasse gegen Krankheit versichert sind, treten gemäß § 577 RVO. an die Stelle der Krankenkasse der Unternehmer, der Arbeitgeber oder der „Träger der anderen Fürsorge". Für diese gilt das gleiche.

Die Versicherungsanstalten können gemäß §§ 1269, 1305 RVO., um die infolge einer Erkrankung drohende Invalidität abzuwenden, oder um die Erwerbsfähigkeit wieder herzustellen, ein Heilverfahren einleiten. Dieses kann in Gewährung von Heil- und Hilfsmitteln bestehen. Es ist aber zu beachten: Die Versicherungsanstalt kann ein Heilverfahren einleiten, sie muß aber nicht. Es handelt sich auch hier um eine freiwillige Leistung, auf die ein Rechtsanspruch nicht besteht. Die Versicherungsanstalt kann die Gewährung ablehnen oder auf nur einen bestimmten Zuschuß beschränken. Gelegentlich beteiligen sich die Krankenkasse und die Versicherungsanstalt gemeinsam an der Beschaffung des Mittels in der Weise, daß jeder Versicherungsträger ein Drittel der Kosten übernimmt, der Versicherte also noch ein Drittel selbst zu tragen hat. Notwendige Voraussetzung ist aber, daß Invalidität droht, und daß sie durch das Mittel abgewendet werden kann, bzw. daß der Invalide dadurch wieder erwerbsfähig wird. Diese Voraussetzungen werden in vielen die Unfallversicherung betreffenden Fällen nicht vorliegen. Es gilt also für die Versicherungsanstalten das gleiche wie für die Krankenkassen.

Die Entschädigungspflicht der Berufsgenossenschaft beginnt aber grundsätzlich erst mit der vierzehnten Woche nach dem Unfall. Eine Ausnahme ist nur hinsichtlich der Rente gemacht, die bereits mit dem Tage des Wegfalles des Krankengeldes beginnt (§ 582 RVO.). Der Versicherte wäre also gezwungen, gerade die teueren Heil- und Hilfsmittel in den ersten dreizehn Wochen nach dem Unfall sich ganz oder zum Teil auf seine eigenen Kosten zu beschaffen, wenn er sich nicht privat gegen diesen Schaden versichert hat, was wohl nie der Fall sein wird. Dies hätte den unerwünschten Erfolg, daß von der Anschaffung vielfach abgesehen würde, sei es, daß der Versicherte sich das Mittel nicht beschaffen kann, da die jetzt besonders hohen Kosten für ihn unerschwinglich sind, sei es, weil er sich das Mittel nicht anschaffen will, da es seinem Rechtsempfinden widerspricht und ihm auch nicht wohl zugemutet werden kann, und weil er außerdem weiß, daß er das Mittel später doch kostenlos von der Berufsgenossenschaft bekommen muß. Hierdurch würde unnötigerweise Erbitterung geschaffen, der Erfolg des Heilverfahrens gefährdet oder verzögert, die Gefahr der Verschlimmerung des Gesundheitszustandes des Versicherten heraufbeschworen oder die Wiederaufnahme der Arbeit hinausgeschoben, Folgen, die die Berufsgenossenschaft später selbst zu vertreten haben würde. Es wäre daher unklug, würde sie die notwendige Anschaffung bis zur 14. Woche hinauszögern. Es wird sich vielmehr für sie empfehlen, sobald sie Kenntnis von der Notwendigkeit der Anschaffung des Mittels erhält und sieht, daß es von anderer Seite nicht sogleich beschafft wird oder beschafft werden kann, ohne Rücksicht darauf, daß eine Entschädigungspflicht noch nicht besteht, daß ein anderer vorhanden ist, der vielleicht noch ganz oder teilweise eintreten würde, und daß vielleicht Ersatz der Aufwendungen nicht zu erwarten ist, das Nötige sogleich selbst zu veranlassen, ohne erst lange Verhandlungen mit den anderen Versicherungsträgern zu führen, oder das Ergebnis der von diesen eingeleiteten Verhandlungen, die oft genug nur den Zweck haben, die Sache hinaus- und auf die Berufsgenossenschaft abzuschieben, abzuwarten. Es wird im letzteren Fall genügen, die Versicherungsträger zu verständigen, daß die Berufsgenossenschaft das Nötige veranlaßt hat, und daß sie von ihnen Ersatz erwartet. (Näheres hierüber unten.)

Digitized by Google

Die Möglichkeit für das Eingreifen der Berufsgenossenschaft bieten innerhalb des Rahmens des Heilverfahrens die §§ 579, 580 und 1513 RVO., außerhalb desselben § 736 RVO.

Gemäß den §§ 579, 580 und 1513 RVO. kann der Träger der Unfallversicherung vor Ablauf der 13. Woche nach dem Eintritt des Unfalles das Heilverfahren übernehmen. Wenn hier auch in erster Linie an die Krankenbehandlung im engeren Sinne und an die Übernahme des ganzen Heilverfahrens gedacht ist, so ist doch keineswegs eine nur teilweise Übernahme, wie sie die Gewährung eines einzelnen Heil- oder Hilfsmittels in der Regel darstellen wird, ausgeschlossen. Dies folgt aus dem freiwilligen Charakter der Leistung. Die Berufsgenossenschaft *kann* das Heilverfahren übernehmen, sie kann daher auch bestimmen, in welchem Umfange dies geschehen soll. Sie wird selbstverständlich — nachdem die Notwendigkeit einer besonderen Leistung vorliegt — auch das ganze Heilverfahren übernehmen können. Was sie jeweils tun will, ist Zweckmäßigkeitsfrage, und richtet sich nach den besonderen Umständen des Einzelfalles.

§ 736 RVO. führt die Zwecke an, zu denen die Mittel der Berufsgenossenschaft verwendet werden dürfen, speziell die Zwecke, zu denen die Mittel außerhalb des Umfanges der durch die §§ 555ff RVO. begründeten Entschädigungspflicht, zu welch letzterer auch die nach der 13. Woche nach dem Unfall nötig werdenden Heil- und Hilfsmittel gehören, verwendet werden dürfen. Unter diesen Zwecken ist die Beschaffung von Arbeitsgelegenheit für Unfallverletzte mit aufgeführt. Man wird diesen Begriff in weitestem Sinne fassen und darunter alle Mittel verstehen dürfen, die dazu dienen, den Verletzten im Wirtschaftsleben unterzubringen. Dazu gehören auch die Hilfsmittel, die dazu dienen, die Arbeitsfähigkeit des Verletzten wieder herzustellen, zu erhalten oder zu erhöhen, die Folgen der Verletzung zu erleichtern usw. Hiernach wird sich die Anschaffung dieser Mittel außerhalb der ordentlichen Entschädigungspflicht der Berufsgenossenschaft rechtfertigen lassen.

Es bleibt noch die Frage zu prüfen, inwieweit die Berufsgenossenschaft für ihre Aufwendungen Ersatz von den anderen Versicherungsträgern erhalten kann.

§ 579 bestimmt in Abs. 1 Satz 2 und in Abs. 2, daß der Unternehmer usw., § 1513 in Abs. 2, daß die Krankenkasse dem Träger der Unfallversicherung insoweit Ersatz zu leisten haben, als der Kranke von ihnen nach Gesetz oder Satzung Krankenhilfe beanspruchen könnte, und der Träger der Unfallversicherung dann nicht selbst ersatzpflichtig wäre. Dabei gilt als Ersatz für Krankenpflege ein Pauschbetrag. Voraussetzung für den Ersatzanspruch ist, daß der Träger der Unfallversicherung „das", d. h. das ganze Heilverfahren übernommen hat. Wie oben bereits erwähnt, wird das bei der Beschaffung eines einzelnen Heil- oder Hilfsmittels in der Regel nicht der Fall sein. Doch gibt es Ausnahmen. Die Beschaffung einer Zahnprothese, eines orthopädischen Stiefels mit Einlage z. B. kann unter Umständen „das" Heilverfahren darstellen. Trifft dies zu, oder übernimmt die Berufsgenossenschaft sonst das ganze Heilverfahren, so kann sie Ersatz gemäß obigen Vorschriften verlangen. Ein besonderer Ersatz der Kosten des Mittels ist aber dann ausgeschlossen, auch wenn der Ersatz in gar keinem Verhältnis zu den Aufwendungen steht, da das Mittel mit zur Krankenpflege gehört, und diese durch den Pauschbetrag abgegolten ist. Trifft die Voraussetzung nicht zu, stellt die Anschaffung des Mittels nur einen Teil des Heilverfahrens dar, so kann die Berufsgenossenschaft aus den §§ 579, 1513 einen Ersatzanspruch nicht ableiten, da das Gesetz einen teilweisen Ersatz oder einen Ersatz bei teilweiser Leistung nicht kennt. Auch aus anderen gesetzlichen Bestimmungen kann die Berufsgenossenschaft dann keinen Ersatzanspruch ableiten. Insbesondere nicht aus den oben angeführten

Digitized by Google

§§ 187 Ziff. 3, 193 Abs. 1 u. 2, 1269 u. 1305 RVO., da es sich um freiwillige Leistungen handelt, auf die nicht einmal der Versicherte, um so weniger die Berufsgenossenschaft einen Rechtsanspruch haben. Aus diesem Grunde läßt sich natürlich auch nicht mit dem Begriff der ungerechtfertigten Bereicherung oder der Geschäftsführung ohne Auftrag operieren. Die Berufsgenossenschaft kann aber versuchen, auf gütlichem Wege von der Krankenkasse oder der Versicherungsanstalt den Betrag zu erhalten, den diese nach pflichtgemäßem Ermessen dem Versicherten gewährt haben würden, wenn die Berufsgenossenschaft nicht für ihn eingetreten wäre. Es erscheint aber nicht ausgeschlossen, daß die genannten Stellen aus der Zwangslage der Berufsgenossenschaft Nutzen ziehen und sich auf einen ablehnenden Standpunkt stellen werden. Absicht des Gesetzgebers war es allerdings nicht, die Krankenkassen und die Versicherungsanstalten auf Kosten der Berufsgenossenschaften von ihren Leistungen zu befreien, was die oben angeführten Bestimmungen der §§ 579, 1513 zeigen.

Das Gesetz weist also zwei Lücken auf. Einmal läßt es den Unfallverletzten in genannter Hinsicht ohne Fürsorge, zum andern fehlt es an einer Bestimmung über den Umfang des Ersatzanspruches der Berufsgenossenschaft im Falle teilweiser Übernahme des Heilverfahrens vor der 14. Woche und bei Leistungen außerhalb desselben. Es wird sich eine vertragliche oder gesetzliche Regelung der Ersatzfrage in der Weise empfehlen, daß die Krankenkassen und die Versicherungsanstalten oder die sonstigen Verpflichteten den Berufsgenossenschaften den Betrag zu leisten haben, den sie in gleichen Fällen in der Regel aufwenden, wobei eine Nachprüfung, ob sie den Betrag auch im gegebenen Falle aufgewendet haben würden, nicht mehr zugelassen ist. Hierbei könnte auch die Frage erwogen werden, ob und inwieweit dies auch noch neben einem Ersatzanspruch nach §§ 579, 1513 der Fall sein soll. Bei der Neuordnung der Reichsversicherung oder bei der Gewinnung von Richtlinien für das gerade jetzt so dringend geforderte Zusammenarbeiten der drei Versicherungsträger könnte hierauf Rücksicht genommen werden.

Ansprüche der Krankenkassen auf Grund des Tumultschadensgesetzes vom 12. Mai 1920 (R.G.Bl. 1920 S. 941).

Von Geschäftsführer M. Baumann in Leuna-Werke bei Merseburg.

Soweit die nach der RVO. Versicherten oder ihre Hinterbliebenen nach anderen gesetzlichen Vorschriften Ersatz eines Schadens beanspruchen können, der ihnen durch Krankheit, Unfall, Invalidität oder durch den Tod des Ernährers erwachsen ist, geht der Anspruch auf die Träger der Versicherung gemäß § 1542 RVO. insoweit über, als sie den Entschädigungsberechtigten nach diesem Gesetz Leistungen zu gewähren haben. Aus Anlaß der inneren Unruhen, die seit der Revolution bald hier bald da ausgebrochen sind, erlitten viele Krankenkassenmitglieder Schäden an Leib und Leben, und es war daher von den Krankenkassen die Frage zu prüfen, ob und inwieweit sie etwa gemäß § 1542 RVO. Ansprüche auf Grund der landesrechtlichen Tumultgesetze bzw. des Reichstumultgesetzes geltend machen könnten, denn die Tumultschäden belasteten manche Kassen nicht unerheblich. In „Arbeiter-Versorgung" 1919 S. 379 Ziff. 10, S. 537 Ziff. 1 und S. 241 ff. wurde diese Frage, soweit das preußische Tumultgesetz vom 11. März 1850 (G. S. 199) in Betracht kam, bejaht. Dasselbe geschah bezüglich des Reichstumultgesetzes vom 12. Mai 1920 in „Arbeiter-Versorgung" 1920 S. 699 und 1921 S. 320, wobei besonders darauf hingewiesen wurde, daß das Tumultgesetz keine Vorschrift enthalte, die der An-

Digitized by Google

wendung des § 1542 RVO. auf Schadensersatzansprüche der Versicherten aus dem bezeichneten Gesetz entgegenstände. Es wird daher viele Krankenkassen geben, die ihre Ansprüche auf Grund des Tumultgesetzes in Verbindung mit § 1542 RVO. form- und fristgerecht angemeldet haben, so daß es von Interesse sein dürfte, wenn diese Ansprüche auf ihre Rechtmäßigkeit hin einmal näher untersucht werden.

Bei den Tumultschäden der Krankenkassen handelt es sich ausschließlich nur um Schäden, die die Mitglieder an Leib und Leben erlitten haben, also um sogenannte Personenschäden. Das Reichstumultgesetz ist am 14. Mai 1920 in Kraft getreten und bestimmt in seinem § 14, daß für solche Personenschäden, die in der Zeit vom 1. November 1918 bis zum 14. Mai 1920 im Zusammenhange mit inneren Unruhen durch offene Gewalt oder durch ihre Abwehr verursacht sind, ebenfalls die Bestimmungen des neuen Gesetzes Anwendung zu finden haben. Für die Krankenkassen kommen daher die Gesetze der einzelnen Länder über den Ersatz von Aufruhrschäden gar nicht mehr in Frage, denn diese bleiben nur noch in Kraft, soweit es sich um Vermögensschäden, die vom 1. November 1918 bis zum 14. Mai 1920 entstanden sind, handelt (§ 15 des Ges. v. 12. Mai 1920). Nun wird vielleicht eingewendet werden können, daß es sich bei den Schadensersatzansprüchen der Krankenkassen doch eigentlich um Vermögensschäden drehe, denn die Kassen seien doch nicht an Leib und Leben geschädigt und könnten mithin keine Personenschäden geltend machen. Für die Beurteilung dieser Frage sind jedoch einzig und allein nur die Schäden maßgebend, die die Mitglieder erlitten haben, also nur Personenschäden, und die Ansprüche auf Grund dieser Schäden können nach § 1542 RVO. nur auf die Krankenkassen übergehen.

Nach dem Reichstumultgesetz haben auch nicht alle Beschädigten Anspruch auf Entschädigung, wenn sie ihre Schäden rechtzeitig angemeldet haben, sondern es sind verschiedene Einschränkungen vorgesehen.

1. Der Verletzte hat z. B. gemäß § 5 des Reichstumultgesetzes keinen Anspruch auf Entschädigung, wenn bei der Entstehung des Schadens ein Verschulden des Betroffenen mitgewirkt hat, wie z. B. bei bewaffnetem Widerstand gegen die Sicherheitspolizei. Solche Fälle dürften besonders häufig bei den letzten Unruhen in Mitteldeutschland zu verzeichnen gewesen sein. Hat aber der Verletzte selbst keinen Anspruch auf Entschädigung, so kann auch ein solcher nach § 1542 RVO. auf die Krankenkasse nicht übergehen. In solchen Fällen kann höchstens eine Versagung von Krankengeld dem Versicherten gegenüber in Frage kommen, soweit die Kassensatzung von § 192 RVO. Gebrauch gemacht hat.

2. Der § 2 bestimmt dann weiter, daß ein Anspruch auf Entschädigung nur gegeben ist, wenn und soweit ohne solche nach den Umständen das Fortkommen des Betroffenen unbillig erschwert würde. Seine gesamten Vermögens- und Erwerbsverhältnisse sind dabei zu berücksichtigen. Nach einer Verfügung des Reichsministers des Innern vom 12. April 1921 — T. I 319 — an sämtliche Reichskommissare bei den Ausschüssen zur Feststellung von Entschädigungen für Aufruhrschäden (Deutsche Juristen-Zeitung 1921 Sp. 425) soll nun das Fortkommen des Betroffenen insoweit nicht als erschwert angesehen werden, als derselbe nach anderen gesetzlichen Vorschriften von öffentlichen Hilfseinrichtungen (Fürsorgestellen, Armenräte, Orts- und Betriebskrankenkassen, Berufsgenossenschaften, Landesversicherungsanstalten u. a.) Ersatz beanspruchen kann oder Ersatz erhalten hat. Für den Beschädigten besteht also, soweit der Schaden bereits anderweit gedeckt ist, gemäß § 1 des Reichstumultgesetzes vom 12. Mai 1920 überhaupt kein Ersatzanspruch an das Reich, und es kann demzufolge auch ein solcher Anspruch nach § 1542 RVO. auf die Krankenkassen nicht übergehen. Das Reichstumultgesetz soll die Entschädigungsansprüche in Anbetracht der schlechten Finanzlage des Reiches möglichst niedrig halten und nicht dort einen Anspruch anerkennen, wo der

Digitized by Google

Schaden bereits von dritter Seite gedeckt ist. Daraus folgt, daß die Krankenkassen bei Unterstützung von Tumultbeschädigten überhaupt kein Rückgriffsrecht nach § 1542 RVO. haben. Es empfiehlt sich daher, daß die Krankenkassen von der Anmeldung weiterer Schäden Abstand nehmen und die bereits eingereichten Anmeldungen bei den Feststellungsausschüssen zurückziehen, damit die Ausschüsse nicht mit aussichtslosen Anträgen unnütz belastet werden.

Erwähnt sei schließlich noch, daß der Verletzte selbst über die Leistungen der öffentlichen Hilfseinrichtungen hinaus noch Entschädigung fordern kann und daß von den Feststellungsausschüssen in der Praxis diese weitergehenden Ansprüche auch anerkannt werden, denn die Verfügung des Reichsministers des Innern sagt ja auch nur, daß *insoweit* eine Erschwerung des Geschädigten nicht vorliegt, als er von einer öffentlichen Hilfseinrichtung unterstützt wurde. Dieser weitergehende Anspruch geht jedoch gemäß § 1542 RVO. nicht auf den Versicherungsträger über.

Anmerkung der Schriftleitung: Zu vgl. hier Heft 21 S. 414 nebst der unsere Auskunft berichtigenden Anmerkung.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Die Frage der örtlichen Zuständigkeit ist der instanziellen Entscheidung der Spruchbehörden entzogen (§ 1640 RVO.).

Entscheidung des **bayer. Landesversicherungsamts** vom 8. April 1921, Spruchsenat (F 6/1920).

Die Klöpplerin St. in N. war Pflichtmitglied der dortigen Allgemeinen Ortskrankenkasse. Wegen Lungenleiden bezog sie von der Kasse vom 27. Mai 1918 bis zum 15. Juli 1918 Krankengeld. Vom 16. Juli 1918 bis zum 3. Oktober 1918 stand sie nach ihrer Angabe in ambulanter ärztlicher Behandlung. Am 3. Oktober 1918 wurde sie bei der Kasse abgemeldet. Sie verehelichte sich an diesem Tage mit H. und blieb zunächst bei ihrer Mutter in N. wohnen. Vom 25. Oktober 1918 bis zum 18. Dezember 1918 war sie auf Kosten der Landesversicherungsanstalt M. in der Lungenheilstätte der Stadt F. zum Zwecke der Heilbehandlung untergebracht. Die Landesversicherungsanstalt forderte gemäß § 1518 Abs. 2 RVO. für die Dauer der Behandlung der H. in der Heilstätte von der Krankenkasse Zahlung des Krankengeldes, weil die H. über den 15. Juli 1918 hinaus fortgesetzt krank und während ihres Aufenthalts in der Heilstätte arbeitsunfähig gewesen sei. Da die Kasse Zahlung verweigerte, erhob die Landesversicherungsanstalt Klage gegen sie, und zwar bei dem Versicherungsamt O., weil H. am 25. Dezember 1918 nach dem in dessen Bezirk gelegenen A. verzogen war. Das Versicherungsamt gab dem Klageantrag statt. Auf die Berufung der Kasse *hob das Oberversicherungsamt durch Urteil die Entscheidung des Versicherungsamts wegen dessen Unzuständigkeit auf und verwies die Sache an die Landesversicherungsanstalt zurück.*

Die Landesversicherungsanstalt hat rechtzeitig Revision eingelegt. Sie machte geltend, daß die Zurückweisung wegen Unzuständigkeit des Versicherungsamts O. im Hinblick auf die Vorschrift in § 1640 RVO. nicht statthaft gewesen sei, und daß das Oberversicherungsamt nach dem Runderlaß des Reichsversicherungsamts vom 26. Oktober 1917 (Amtl. Nachr. 1917 S. 601) in der Sache selbst hätte entscheiden müssen. Über die Zuständigkeit des Versicherungsamts O. habe gar kein Streit bestanden, dieses Amt habe auch seine örtliche Zuständigkeit mit gutem Grund angenommen. Auf keinen Fall habe die Zurückverweisung an die Landesversicherungsanstalt erfolgen dürfen, die keinen Bescheid in der Sache erlassen habe, sondern nur als Partei in Betracht komme. Das Landesversicherungsamt hat die Entscheidung des Oberversicherungsamts aufgehoben und die Sache an dieses zurückverwiesen. — *Gründe:*

Die Revision ist nach §§ 1778 Abs. 2, 1518 Abs. 2, 1695 Nr. 2 RVO. zulässig, da die H. über 8 Wochen arbeitsunfähig war. Zur Entscheidung über die Revision ist das Landesversicherungsamt nach § 1708 Abs. 2 a. a. O. zuständig, da der Bezirk des beteiligten Versicherungsträgers sich nicht über das bayerische Gebiet hinaus erstreckt.

Nach der Vorschrift des § 1640 RVO., die nach §§ 1771, 1520 Abs. 2 a. a. O. für das Spruchverfahren bei Ersatzansprüchen Geltung hat, ist eine Entscheidung des Versicherungsamts, in der es seine Unzuständigkeit ausspricht, *den Parteien* gegenüber unzulässig. Dies ergibt sich aus der amtlichen Begründung zu § 1640 (§ 1600 des Entwurfs). Deshalb ist angeordnet, daß das Versicherungsamt, das ein anderes für zuständig hält, die Sache an dieses weiterzugeben hat, daß dieses Versicherungsamt, wenn es sich gleichfalls für unzuständig erachtet, nach § 1640 Abs. 2 zu verfahren hat, und daß die hierauf ergehende Entscheidung der übergeordneten Spruchbehörde endgültig ist und die Instanzen bindet. Durch diese Bestimmungen sollen Verzögerungen des

Digitized by Google

Verfahrens infolge von Zuständigkeitsstreiten der Versicherungsämter unter sich im Interesse der Beteiligten hintangehalten werden. Die Frage der örtlichen Zuständigkeit wird deshalb der instanziellen Entscheidung durch die Spruchbehörden entzogen und in ein besonderes Verfahren verwiesen. Aus diesem Grunde fehlt auch in der Reichsversicherungsordnung, deren Verfahrensvorschriften den Bestimmungen der bürgerlichen Prozeßordnung nachgebildet sind, eine Bestimmung, wie sie in den §§ 38, 39 der Reichszivilprozeßordnung aufgenommen ist, wonach ein an sich unzuständiges Gericht erster Instanz, von den Ausnahmefällen in § 40 a. a. O. abgesehen, durch ausdrückliche oder stillschweigende Vereinbarung der Parteien zuständig wird und stillschweigende Vereinbarung anzunehmen ist, wenn der Beklagte, ohne die Unzuständigkeit geltend zu machen, zur Hauptsache mündlich verhandelt hat.

Die Bestimmungen des § 1640 RVO. gelten nach §§ 1679 Abs. 1, 1678 Abs. 1 a. a. O. auch für das Verfahren in der Berufungsinstanz, da die §§ 1680 bis 1793 nichts anderes vorschreiben. Hiernach kann sich auch das Oberversicherungsamt gegenüber den Parteien nicht mit der Frage der örtlichen Zuständigkeit des Versicherungsamts befassen, das seine Zuständigkeit angenommen und in erster Instanz entschieden hat. Ob das Oberversicherungsamt selbst als Berufungsinstanz nach § 1640 Abs. 1 RVO. verfahren und die Sache an das nach seiner Ansicht zuständige Oberversicherungsamt weitergeben kann (vgl. Amtl. Nachr. 1914 S. 706 Nr. 1898), ist hier nicht zu erörtern.

Das angefochtene Urteil beruht sonach auf unrichtiger Anwendung des bestehenden Rechts, denn das Oberversicherungsamt hat sich gegenüber der Klägerin für unzuständig erklärt und die Sache an sie gemäß § 1690 RVO. zurückverwiesen. Die Zurückverweisung der Sache an die Landesversicherungsanstalt will offenbar nur besagen, daß die Klage „angebrachtermaßen" abgewiesen und der Klägerin anheimgestellt werde, sich mit ihrer Klage an das zuständige Versicherungsamt zu wenden.

Aus diesen Gründen war das Urteil des Oberversicherungsamts aufzuheben, die Sache zur neuerlichen Verhandlung und Entscheidung an die Vorinstanz zurückzuverweisen und der Ausspruch im Kostenpunkte der weiteren Entscheidung vorzubehalten.

Zu vgl. unsere Auskunft im Jahrg. 1918 S. 519 Ziff. 1.

B. Zur Krankenversicherung.

Auslagen der Vorstandsmitglieder einer Krankenkasse für Fahrt in 2. Wagenklasse. Satzungsbestimmung über Rückwirkung der Verordnung vom 30. 4. 20 (RGBl. S. 769.)

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 13. Mai 1921.

Am 17. Mai 1920 beschloß der Ausschuß einer Allgemeinen Ortskrankenkasse eine Reihe von Satzungsänderungen, die nach verschiedenen Änderungen von der Beschlußkammer des Oberversicherungsamts genehmigt wurden, jedoch unter Änderung einer und unter Streichung einer anderen Stelle. Die nicht genehmigten Stellen der Satzungsänderungen sind § 81 Schlußsatz, wo gesagt wird, daß die Vorstandsmitglieder Anspruch auf die Benutzung der ortsüblichen Fahrgelegenheiten, der 2. Klasse der Eisenbahn und der entsprechenden Klasse der Dampfschiffe haben, und wofür das Oberversicherungsamt an Stelle der Worte „2. Klasse" „3. Klasse" gesetzt hat, und § 90 Schlußsatz, wonach die Satzungsänderung, soweit sie die Erhöhung der Grundlöhne und Änderung der Beitrags- und Kassenleistungen betrifft, rückwirkend vom 26. April 1920 und, soweit sie die Heraufsetzung der Krankenversicherungsgrenze auf 15 000 ℳ in § 1 Abs. 3 Satz 1 betrifft, am 10. Mai 1920 in Kraft tritt. Diesen Absatz hat das Oberversicherungsamt gestrichen. Das Oberversicherungsamt hält die Entschädigung für die Benutzung der 3. Klasse der Eisenbahn und der entsprechenden der Dampfschiffe für angemessen, da neuerdings infolge der erhöhten Fahrpreise im allgemeinen eine Abwanderung der Fahrgäste von der 2. nach der 3. Klasse erfolgt sei. Für das Inkrafttreten einer Satzungsänderung hält das Oberversicherungsamt nach der Entsch. 2562 Amtl. Nachr. des RVA. 1920 S. 125 den Zeitpunkt der Zustellung der Genehmigung an den Versicherungsträger für maßgebend. Von diesem Grundsatz abzuweichen, liege um so weniger Veranlassung vor, als nach der Verordnung vom 30. April 1920 (RGBl. S. 769) die vom Kassenvorstand vorgenommene Änderung des Grundlohnes bis zur Genehmigung der Satzungsänderung maßgebend sei und die Heraufsetzung der Versicherungsgrenze auch ohne Änderung der Satzung in Kraft getreten sei.

Gegen diesen Beschluß des Oberversicherungsamts hat der Vorstand der Kasse Beschwerde eingelegt, mit dem Antrag, unter Aufhebung des angefochtenen Beschlusses die Genehmigung des Satzungsnachtrages in der ursprünglichen Form zu erteilen. Der Vorstand weist darauf hin, daß die Vorstandsmitglieder schon nach den bisherigen Satzungsbestimmungen berechtigt waren, die Kosten einer Fahrkarte 2. Klasse zu verlangen, daß insofern also überhaupt keine sachliche Änderung vorliege. Entsprechend der Entsch. 1847, Amtl. Nachr. des RVA. 1914 S. 517, dürfe das Oberversicherungsamt eine bereits genehmigte Satzungsänderung nicht nachträglich abändern. Im übrigen aber dürfe das Oberversicherungsamt Satzungsbestimmungen nicht selbständig ändern (Entsch. 2134, Amtl. Nachr. des RVA. 1915 S. 824), wie es auch nicht aus Zweckmäßigkeitsgründen die Genehmigung

Digitized by Google

versagen dürfe (Entsch. 2050, Amtl. Nachr. 1915 S. 585). Hinsichtlich der Rückwirkungsbestimmungen der Satzung führt der Kassenvorstand aus, der Zeitpunkt des Inkrafttretens müsse aus der Satzung hervorgehen. Das ergebe sich schon daraus, daß die verschiedenen Kassen von der Ermächtigung der Verordnung in verschiedener Weise Gebrauch gemacht und den Zeitpunkt des Inkrafttretens verschieden festgesetzt haben.

Durch eine Rückfrage bei der Krankenkasse hat das Reichsversicherungsamt festgestellt, daß der Kassenvorstand die hier in Rede stehenden Satzungsänderungen nicht erst am 17. Mai 1920, sondern bereits am 18. April 1920 beschlossen hat. Am 17. Mai hat der Ausschuß die Änderungen beschlossen. Hierauf hat das Reichsversicherungsamt den Beschluß des Oberversicherungsamts aufgehoben und die Satzungsänderungen genehmigt aus folgenden Gründen:

Soweit die Vergütung für die Benutzung der 2. oder 3. Wagenklasse der Eisenbahn durch die Kassenvorstandsmitglieder in Frage steht, handelt es sich um bare Auslagen, deren Festsetzung als genehmigungspflichtig nur daraufhin nachzuprüfen ist, ob sie so unangemessen ist, daß sie den gesetzlichen Vorschriften nicht genügt (§ 324 Abs. 2 RVO.). Das mußte aber verneint werden, zumal die Vorstandsmitglieder schon nach der bisherigen Satzungsbestimmung Anspruch auf die Benutzung der 2. Wagenklasse hatten. Im übrigen hätte das Oberversicherungsamt auch nicht eine andere Fassung der Satzung an Stelle der vom Ausschuß beschlossenen setzen dürfen (zu vgl. Entsch. 2134, Amtl. Nachr. des RVA. 1915 S. 814).

Die andere vom Oberversicherungsamt beanstandete Satzungsbestimmung hat durch das Ergebnis der Rückfrage bei der Krankenkasse eine neue Grundlage erhalten. Der Kassenvorstand, der bereits am 18. April 1920 die Satzungsänderungen beschlossen hat, konnte dies gemäß § 3 der Verordnung vom 1. April 1920 (RGBl. S. 433) mit vorläufiger Wirksamkeit der Grundlohnänderungen tun, und wenn auch die Verordnung vom 1. April 1920 aufgehoben ist, so ist doch § 3 in derselben Fassung auch in der an ihre Stelle getretenen Verordnung vom 30. April 1920 (RGBl. S. 769, Amtl. Nachr. S. 310) enthalten. Danach liegt bezüglich der Grundlohnänderung, die gemäß dem Vorstandsbeschluß mit Wirkung vom 26. April 1920 ab durchgeführt wurde, eine Rückwirkung überhaupt nicht vor, und es braucht nicht erörtert werden, ob etwa die von Hoffmann in der „Arbeiter-Versorgung" 1920 S. 442 unter 2 über die Unzulässigkeit einer Rückwirkung der Beitragsfestsetzung gemachten Ausführungen eine von dem Bescheid des Reichsarbeitsministers vom 17. Mai 1920 („Krankenversicherung" S. 99) und von der Revisionsentsch. 2608, Amtl. Nachr. 1921 S. 166, abweichende Auffassung rechtfertigen könnten. Für die Leistungen ist die Zulässigkeit einer Rückwirkung im Sinne einer Erweiterung mindestens in dem hier in Betracht kommenden Umfange nicht in Zweifel zu ziehen; ganz abgesehen davon, daß die vom Kassenvorstand wirksam beschlossene Erhöhung der Grundlöhne ohne weiteres auf die Leistungen zurückwirkt. Die Bestimmung über die Rückwirkung für die Heraufsetzung der Versicherungsgrenze endlich ist nicht zu beanstanden, weil sie nur die im § 5 der Verordnung vom 30. April 1920 gegebene Vorschrift, die als solche ohne weiteres wirksam ist, wiedergibt.

Familienhilfe darf auch dann nicht auf die im Kassenbezirk wohnenden Mitglieder beschränkt werden, wenn von diesen Zusatzbeiträge erhoben werden.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 21. Januar 1921 (2631 Amtl. Nachr. S. 273).

Der Ausschuß einer Kasse hatte Änderungen der Kassensatzung beschlossen, darunter folgende: Nach § 24a soll den Mitgliedern, die innerhalb des Kassenbezirkes wohnen und Familienangehörige haben, Familienhilfe nach § 205b RVO. gewährt werden. Von diesen Versicherten werden Zusatzbeiträge in Höhe von $1^5/_{16}$ v. H. des Grundlohns erhoben. Das Oberversicherungsamt O. hat dem § 24a des Satzungsnachtrags die Genehmigung versagt, weil die vorgesehene Beschränkung der Mehrleistungen auf Kassenmitglieder innerhalb des Kassenbezirks den Grundsatz der Gleichberechtigung der Mitglieder verletze und deshalb, auch bei Erhebung von Zusatzbeiträgen, unzulässig sei. Gegen diese Entscheidung hat der Kassenvorstand Beschwerde eingelegt. Das Reichsversicherungsamt hat die Beschwerde zurückgewiesen aus folgenden Gründen:

Die Beschwerde ist nicht begründet. Es handelt sich hier nicht um eine an sich zulässige Begrenzung der Familienhilfe nach ihrem Umfang (zu vgl. Revisionsentsch. 2370 und Entsch. 2440, Amtl. Nachr. 1917 S. 541, 1918 S. 306), sondern um ihre Beschränkung auf einen Teil der Kassenmitglieder, die als solche Träger des Anspruchs auf Familienhilfe sind (zu vgl. Revisionsentsch. 2472, Amtl. Nachr. 1918 S. 424). Denn der Anspruch auf die Mehrleistung soll nur den innerhalb des Kassenbezirks wohnhaften Versicherten eingeräumt werden. Derartige Beschränkungen der Kassenleistungen sind, wie das Reichsversicherungsamt bereits in der Entsch. 2588 (Amtl. Nachr. 1920 S. 379) ausgeführt hat, grundsätzlich unstatthaft. Sie verstoßen gegen den die Krankenversicherung beherrschenden Grundsatz der Gleichberechtigung der Kassenmitglieder. Es fragt sich deshalb, ob dieser Grundsatz dann eine Ausnahme erleidet, wenn, wie hier, von den berechtigten Mitgliedern Zusatzbeiträge erhoben werden sollen. In der Literatur ist diese Auffassung vertreten worden (zu vgl. Hoffmann, Kommentar zum Zweiten Buche der RVO., Anm. 4 zu § 205; Stier-Somlo, Kommentar zur RVO., Anm. 3a zu § 205). Der Senat ist dem nicht beigetreten. Denn lediglich durch Erhebung von Zusatzbeiträgen wird die Ungleichmäßigkeit in der Behandlung der

Digitized by Google

Mitglieder bei Eintritt des Versicherungsfalls nicht beseitigt. Dies zeigt sich z. B. namentlich dann, wenn früher im Kassenbezirke wohnhafte Mitglieder nach einem Orte außerhalb, oder früher außerhalb wohnende nunmehr in den Kassenbezirk verziehen. Erstere würden dann trotz vielleicht langjähriger Entrichtung von Zusatzbeiträgen lediglich wegen des mehr oder weniger unfreiwilligen Wohnungswechsels Mehrleistungen an Familienhilfe nicht mehr beanspruchen können, während letztere mit der Wohnsitzverlegung ohne weiteres in den Genuß der Mehrleistungen treten können, ein Ergebnis, das nach beiden Richtungen der Billigkeit wenig entspricht. Die Grundsätze über die Erhebung von Zusatzbeiträgen nach § 384 Abs. 2 Satz 1 RVO. stehen der beabsichtigten Regelung ebenfalls entgegen. Denn wenn es zulässig wäre, die Familienhilfe vom Wohnen innerhalb des Kassenbezirks abhängig zu machen, so käme in diesem Falle nach § 42 der Kassensatzung die Entrichtung von Zusatzbeiträgen nur für solche Versicherte in Frage, welche diese Voraussetzung erfüllen. Eine derartige Beschränkung der Beitragsentrichtung wäre aber nach § 384 Abs. 2 unzulässig, da nach dieser Vorschrift der Zusatzbeitrag in der Satzung „allgemein" festzusetzen ist, und es mit diesem Erfordernis unvereinbar wäre, die Zusatzbeiträge nur von einzelnen Mitgliedergruppen zu erheben. Dies hat das Reichsversicherungsamt bereits in der Entsch. 2495 (Amtl. Nachr. 1918 S. 509) ausgesprochen. Auch Stier-Somlo, Kommentar, Anm. 3 zu § 384 RVO., nimmt an, daß es unzulässig wäre, einzelne Mitgliederklassen mit den Beiträgen zu verschonen, weil dies dem Grundsatz der allgemeinen Festsetzung der Zusatzbeiträge widerspräche (zu vgl. auch Hahn, Handb. der Krankenverf., Anm. 2b zu § 384). In der erwähnten Entsch. 2495 wird ferner klargestellt, daß die Familienhilfe nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung, im Gegensatze zu dem Krankenversicherungsgesetze, nicht mehr auf Antrag gewährt werden darf. Die Annahme des Kassenvorstandes, daß die Zugehörigkeit zu der Familienversicherung von einer im Belieben der in Frage kommenden Kassenmitglieder stehenden Beitrittserklärung abhängig sei oder abhängig gemacht werden könne, ist also nicht zutreffend.

Dem Kassenvorstande kann zugegeben werden, daß die Versorgung der Familienangehörigen außerhalb des Kassenbezirks mit ärztlicher Hilfe Schwierigkeiten begegnen und große Kosten verursachen kann. Nach geltendem Recht wird sich deshalb für die Kasse, falls sie die Arzthilfe nicht allgemein in Natur gewähren will, nur erübrigen, für alle Versicherten gleichmäßig die Zahlung barer Zuschüsse für die Beschaffung der Arzthilfe bei Erkrankung von Familienangehörigen vorzusehen. Auf diesen Weg ist bereits in der Entsch. 2613 (Amtl. Nachr. 1921 S. 173) hingewiesen worden.

Bemessung des Sterbegeldes, wenn der Versicherte zur Zeit der Erhöhung des Grundlohnes und bis zu seinem Tode arbeitsunfähig krank war (§§ 211, 311 RVO.).

Rev. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** v. 8. März 1921 (2640 Amtl. Nachr. 1921 S. 312).

Der Schwiegervater des Klägers, Steinsetzer S., war vom 17. Februar 1919 bis 8. März 1920 auf Grund versicherungspflichtiger Beschäftigung Mitglied der Beklagten. An diesem Tage mußte er wegen einer schweren, mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen Erkrankung seine Beschäftigung aufgeben. Er bezog bis zu seinem am 14. Juni 1920 eingetretenen Tode die satzungsmäßigen Kassenleistungen. Der Kläger, der die Beerdigungskosten getragen hat, erhielt von der Kasse ein Sterbegeld von 300 ℳ ausgezahlt, den dreißigfachen Betrag des Grundlohns, der für den Verstorbenen bis zum 8. März 1920 nach der damals geltenden Satzung maßgebend gewesen war. Der Kläger verlangt Auszahlung eines Sterbegeldes von insgesamt 900 ℳ und beruft sich darauf, daß mit Wirkung vom 7. Juni 1920 ab der Grundlohn für Mitglieder mit einem Tagesarbeitsverdienst von mehr als 28 ℳ, zu denen der Verstorbene vor Eintritt der Erkrankung gehört habe, auf 30 ℳ erhöht worden sei.

Die Beklagte hat um Abweisung der Klage gebeten, soweit der Kläger mehr als 300 ℳ fordert. Sie ist der Ansicht, daß für die Bemessung des Sterbegeldes nur der zur Zeit des Ausscheidens aus der Beschäftigung maßgebend gewesene Grundlohn in Betracht kommen könne und stützt sich dabei auf eine Auskunft der Schriftleitung der „Arbeiterversorgung", Jahrgang 1920 S. 400. Das Versicherungsamt ist dem beigetreten und hat den Anspruch des Klägers auf Auszahlung eines höheren Sterbegeldes als 300 ℳ abgewiesen. In den Gründen seiner Entscheidung führt das Versicherungsamt folgendes aus: Allerdings sei, wie das Reichsversicherungsamt grundsätzlich ausgesprochen habe (zu vgl. Revisionsentsch. 2531, Amtl. Nachr. 1919 S. 353), für den Anspruch auf Sterbegeld aus § 201 der Reichsversicherungsordnung der Tod des Versicherten der Versicherungsfall. Trotzdem könne dem anspruchsberechtigten Kläger die vor dem Tode vorgenommene Erhöhung der Grundlöhne vorliegend nicht zugute kommen. Denn der Verstorbene habe zur Zeit der Erhöhung der Grundlöhne in keinem versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis gestanden und sei auch nachher bis zu seinem Tode nicht beitragspflichtig geworden. Für erwerbslose Kassenmitglieder, die lediglich auf Grund des Bezugs von Kassenleistungen gemäß § 311 der Reichsversicherungsordnung Mitglieder seien, bestehe das Versicherungsverhältnis, ebenso wie für erwerbslose freiwillig Weiterversicherte grundsätzlich in der Weise fort, wie es zuletzt auf Grund des Arbeitsverhältnisses bestanden habe. Das entspreche der Absicht des Gesetzgebers, der die erwerbslos kranken Mitglieder ohne Beitragspflicht im Besitz aller Rechte gelassen habe, die sie bisher auf Grund ihrer früheren Mitgliedschaft erworben hatten. An der Rechtslage dieser Versicherten könne durch spätere Satzungsänderungen nichts geändert werden. Demgemäß müsse auch eine andere Festsetzung der Grundlöhne für sie so lange außer Betracht bleiben, als sie nicht wieder Lohnarbeit verrichteten oder nach Wiedereintritt ihrer Arbeitsfähigkeit oder nach ihrer

Digitized by Google

Aussteuerung ihre freiwillige Mitgliedschaft bewirkten und alsdann Beiträge entrichteten. Da die Satzung der Beklagten die Anwendung der neuen Bestimmungen über den Grundlohn nicht ausdrücklich auf die nicht beitragspflichtigen erwerbsunfähig kranken Mitglieder ausgedehnt habe, so müsse es bei der Regel verbleiben, daß diese Satzungsänderungen auf die erwähnten nur formal versichert gebliebenen Mitglieder nicht anzuwenden seien.

Auf Berufung des Klägers hat das Oberversicherungsamt die Sache zur grundsätzlichen Entscheidung an das Reichsversicherungsamt abgegeben und sich dahin ausgesprochen, daß, da der Tod des Versicherten für den Anspruch auf Sterbegeld den Versicherungsfall bilde, das Sterbegeld nach demjenigen Grundlohn zu bemessen sei, der zur Zeit des Todes des Versicherten gelte. In diesem Sinne hat auch das Reichsversicherungsamt entschieden aus folgenden Gründen:

Der vorliegenden Entscheidung liegt genau der gleiche Sachverhalt zugrunde wie der oben erwähnten grundsätzlichen Entscheidung des Reichsversicherungsamtes Nr. 2531. Hier wie dort handelt es sich um die Höhe des Sterbegeldes für den Fall, daß während der zum Tode führenden, mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen Krankheit des Versicherten der Grundlohn durch eine Änderung der Satzung erhöht worden ist. Aus dem Umstand, daß der Tod des Versicherten den Versicherungsfall für den Sterbegeldanspruch bildet, folgert die Entsch. 2531, daß dem Anspruchsberechtigten die vor dem Tode des Versicherten vorgenommene Erhöhung der Grundlohnstufen zugute kommt, weil das Sterbegeld nach dem zur Zeit des Todes geltenden Grundlohn zu bemessen ist. An diesem Standpunkt ist auch gegenüber den obigen Ausführungen der angefochtenen Entscheidung festzuhalten. Nach § 211 RVO. haben Änderungen des Grundlohns auf Versicherungsfälle, die bereits eingetreten sind, keinen Einfluß. Diesen für schwebende Unterstützungsansprüche geltenden Grundsatz auch auf neue Unterstützungsansprüche von Kassenmitgliedern auszudehnen, die lediglich auf Grund des § 311 RVO. Mitglieder geblieben sind, geht im Mangel einer entsprechenden Gesetzesvorschrift nicht an. Auch die Vorschriften der §§ 311, 383 RVO. können, soweit es sich um das Sterbegeld handelt, eine solche Stellungnahme nicht begründen. Für das Sterbegeld ist der Tod der Eintritt des Versicherungsfalls. Daraus folgt mit zwingender Notwendigkeit, daß der zur Zeit des Todes maßgebend gewesene Grundlohn der Berechnung des Sterbegeldes zugrunde zu legen ist. Insbesondere ist keine Unterscheidung möglich, ob bei Eintritt des Versicherungsfalls noch ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis bestand oder nicht, oder ob seit der Erhöhung des Grundlohns Beiträge entrichtet worden sind oder nicht. Die Leistung der Kasse ist vielmehr grundsätzlich nach demjenigen Grundlohn zu bemessen, der bei Eintritt des Versicherungsfalls maßgebend ist. Es ist zuzugeben, daß hiernach unter Umständen gewisse Unbilligkeiten nicht ausgeschlossen sind; insbesondere fehlt es an einem inneren Grunde, einem Versicherten Leistungen in einer Höhe zu gewähren, für die er keinerlei entsprechende Aufwendungen gemacht hat. Das abzuändern muß aber gegebenenfalls dem Gesetzgeber überlassen bleiben.

„Übertritt" zu einer anderen Krankenkasse (§ 212 RVO.).

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 8. März 1921 (2641 Amtl. Nachr. 1921 S. 313).

Nach § 212 RVO. übernimmt, wenn ein Versicherter, der Kassenleistungen bezieht, zu einer anderen Kasse übertritt, diese die weiteren Leistungen nach ihrer Satzung. Um Inhalt und Tragweite dieser Vorschrift zu ermessen, bedarf es eines Eingehens auf ihre Entstehung. Das Krankenversicherungsgesetz regelte die Frage nicht ausdrücklich, ob und unter welchen Voraussetzungen die Leistungspflicht der Kasse mit dem Übertritt des Berechtigten zu einer anderen Kasse auf diese übergeht. Das Preußische Oberverwaltungsgericht bejahte einen solchen Übergang der Leistungspflicht — in Übereinstimmung mit den meisten Kommentaren des Krankenversicherungsgesetzes —, und zwar nicht nur für die Fälle, in denen der Übergang von einer Kasse zur andern in einer Änderung der Kassenorganisation seine Ursache hat (zu vgl. insoweit Hoffmann, Kommentar Anm. 5 zu § 212), sondern auch dann, wenn der Wechsel der Kassenmitgliedschaft auf einer Handlung des Versicherten beruht, wenn insbesondere eine während der Kassenmitgliedschaft erkrankte, aber erwerbsfähig gebliebene Person in eine Beschäftigung eintritt, die sie zum Zwangsmitglied einer anderen Kasse macht (zu vgl. Entsch. des Preuß. Oberverwaltungsgerichts vom 30. April 1898, Bd. 30 S. 386 ff.). Die Entscheidung gründet sich insbesondere auf § 26 und § 5 des Krankenversicherungsgesetzes, wonach für versicherungspflichtige Personen der Anspruch auf die gesetzlichen Unterstützungen der Kasse mit dem Zeitpunkt beginnt, in dem sie Mitglieder der Kasse geworden sind, auch wenn sie zu dieser Zeit bereits krank sind. Der Begründung dieser Entscheidung ist seinerzeit auch Hoffmann in den Aufsätzen in der „Arbeiter-Versorgung" 1898 S. 549 ff., 637 ff. beigetreten. Im Gegensatze hierzu stand unter anderem der Bayerische Verwaltungsgerichtshof auf dem Standpunkt, daß die einmal entstandene Unterstützungspflicht der Kasse durch den Übertritt des Anspruchsberechtigten zu einer andern Kasse ebensowenig berührt wird, wie durch den bloßen Austritt desselben (Entsch. des Bayer. Verwaltungsgerichtshofs vom 14. März 1898, mitgeteilt in der „Arbeiter-Versorgung" 1898 S. 601; derselben Ansicht Hahn in den Aufsätzen daselbst 1898 S. 565, 1899 S. 17). Diese Meinungsverschiedenheiten hat § 225 des Ent-

Digitized by Google

wurfs der RVO. (§ 212 des Gesetzes) beseitigen wollen. Die Begründung (S. 161) sagt hierüber: „für das geltende Recht ist auch die Frage nicht unbestritten, wie schwebende Unterstützungsansprüche eines Mitglieds bei einem Wechsel seiner Kasse zu behandeln sind. Der Grundsatz, daß ein Versicherungsfall nach den Verhältnissen zur Zeit seines Eintritts zu beurteilen ist, spricht an sich dafür, daß der alte Träger der Versicherung weiter verpflichtet bleibt. Dem würde aber die Vorschrift des § 219 (§ 206 RVO.) entgegenstehen, wonach für versicherungspflichtige Mitglieder der Anspruch auf die Leistungen, hier also diejenigen der neuen Kasse, mit dem Beginn ihrer Mitgliedschaft eintritt ...". Die Bezugnahme der Begründung auf § 219 des Entwurfs (§ 206 RVO.) läßt erkennen, daß der Gesetzgeber die Streitfrage im Sinne der Entscheidung des Preußischen Oberverwaltungsgerichts vom 30. April 1898 entscheiden wollte und sich den darin vertretenen Standpunkt zu eigen gemacht hat. Damit wird zum Ausdruck gebracht, daß ein „Übertritt" eines Kassenmitglieds, das Leistungen bezieht, von einer Kasse zur andern im Sinne des § 212 RVO. nicht nur in einer Änderung der Kassenorganisation, sondern auch in einem Wechsel der Kassenmitgliedschaft von seiten des Mitglieds begründet sein kann. Das ist unter anderem der Fall, wenn, wie vorliegend, ein versicherter Ehemann, der einen Anspruch auf Familienwochenhilfe hat, infolge Wechsels der Beschäftigung aus der leistungspflichtigen Kasse ausscheidet und Mitglied einer anderen Kasse wird.

Nun knüpft § 212 RVO. den Übergang der Leistungspflicht von einer Kasse auf die andere allerdings an die Voraussetzung, daß „ein Versicherter", der Kassenleistungen bezieht, von einer Kasse zur andern übertritt. Wollte man den Ausdruck „ein Versicherter" hier dem strengen Wortlaut nach auslegen, so würde die Wirkung des § 212 RVO. nur dann eintreten, wenn der Verlust der alten und der Erwerb der neuen Kassenmitgliedschaft zeitlich zusammenfallen; dagegen würde § 212 nicht anwendbar sein, wenn zwischen den beiden Ereignissen ein nicht durch Versicherung gedeckter Zeitraum der Erwerbslosigkeit, wenn auch vielleicht nur für einige Stunden, vorhanden ist. Eine derartige enge Auslegung der Worte „ein Versicherter" würde vorliegend aber den oben angegebenen, aus der Entstehungsgeschichte folgenden und vom Gesetzgeber gebilligten Zweck der Vorschrift so gut wie vereiteln; sie würde, wie in der „Arbeiter-Versorgung" 1920 S. 14 mit Recht hervorgehoben wird, sprach- und sinnwidrig sein und mit der Entstehungsgeschichte des § 212 in Widerspruch treten, da zwischen dem Ende der alten und dem Beginn der neuen Beschäftigung regelmäßig eine gewisse, wenn auch nur kurze Zwischenzeit liegen wird. Für die hier vertretene Auslegung der Worte „ein Versicherter" spricht aber auch wieder die Entstehungsgeschichte des § 212. Der Entwurf sprach nur von „erkrankten Versicherten", die zu einer anderen Kasse übertreten. Die Reichstagskommission setzte anstatt dessen die Worte: „Tritt ein Versicherter, der Kassenleistungen bezieht", wie es im Kommissionsbericht II, S. 103 ff. heißt, „um die selbst von Sachverständigen schwierig zu beurteilende Frage, ob Krankheit vorliegt, durch die Tatsache des Bezugs der Krankenunterstützung zu ersetzen." Das Hauptgewicht wird hiernach nicht auf das Versichertsein, sondern auf die Tatsache des Bezugs von Kassenleistungen gelegt. Auch das berechtigt zu der Annahme, daß der Gesetzgeber mit den in Frage kommenden Worten nur den Bezug von Leistungen als fortdauernde Wirkung des bisherigen Versicherungsverhältnisses, nicht aber das Bestehen der Versicherung selbst als Voraussetzung für den Leistungsübergang festsetzen wollte. Da vorliegend in dem Bezuge der Familienwochenhilfe eine fortdauernde Wirkung der früheren Versicherung bestand, so sind die Voraussetzungen für die Anwendung des § 212 RVO. gegeben.

Zu beachten sind übrigens auch die Ausführungen der vom Reichsarbeitsministerium herausgegebenen Erläuterungen zu dem Gesetz über Wochenhilfe und Wochenfürsorge vom 26. September 1919 (RGBl. S. 1757). Hier wird im Schlußabsatz zu § 10 des Gesetzes (zu § 205a RVO.) hervorgehoben, daß die Vorschrift des § 212 RVO. entsprechend gilt, wenn während des Bezugs der Wochenhilfe der Versicherte zu einer andern Krankenkasse übertritt. Nach dem Bescheide des Reichsarbeitsministers vom 5. November 1919, mitgeteilt in der „Arbeiter-Versorgung" 1920 S. 4, wird man in der Annahme nicht fehlgehen, daß diese Bemerkung der „Erläuterungen" sich auch auf Fälle der hier vorliegenden Art bezieht (zu vgl. auch Hoffmann, Gesetz über Wochenhilfe usw. vom 22. Mai 1920, 3. Aufl., Anm. 10 zu § 2 und Anm. 8 zu § 10 [§ 205a RVO.]).

Sprechsaal.

Praktische Sozialhygiene.

Vom Verband der Krankenkassen Groß-Berlins wird uns geschrieben:

Einem dringenden Bedürfnis namentlich der minderbemittelten Volkskreise ist der Ruf nach Einführung der Familienversicherung bei den Krankenkassen Groß-Berlins entsprossen. Für jeden praktischen Sozialhygieniker lag es klar zutage, daß mit dem Augenblick, wo den Krankenkassen die finanziellen Mittel zur Ausführung dieses Projektes zur Verfügung standen, der Wunsch der Versicherten

Digitized by Google

in die Tat umgesetzt werden mußte. Waren die Finanzen der Krankenkassen allgemein während des Krieges und auch in der ersten Nachkriegszeit ziemlich schwankend, so hat sich mit dem beginnenden Wiederaufbau unseres Wirtschaftslebens, speziell durch Erhöhung der Versicherungsgrenze auf 15 000 ℳ und durch Erhöhung der Beiträge eine Stabilisierung der Krankenkassenfinanzen eingestellt; die Kassenvorstände glauben, jetzt den berechtigten Wunsch der Versicherten in der von ihnen geplanten Form Wirklichkeit werden lassen zu können.

Wenn, wie geplant, die Einführung der Familienversicherung zum 1. Juli d. J. sich noch nicht tätigen ließ, so liegt es bestimmt weniger an dem guten Willen der Krankenkassenvorstände; vielmehr muß behauptet werden, daß das hauptsächlich hemmende Moment darin zu suchen ist, daß von dem in Frage kommenden Vertragskontrahenten des Kassenverbandes, der Wirtschaftlichen Abteilung des Groß-Berliner Ärztebundes, die Angelegenheit wenig gefördert, anscheinend sogar etwas sehr dilatorisch behandelt und von einer Reihe der dem Bund angeschlossener Ärzte derart bearbeitet wird, daß im letzteren Fall von einem Sabotageversuch schlechtweg geredet werden kann.

Es wird durchaus nicht verkannt, daß eine öffentliche Polemik während der Verhandlungszeit über irgendeine Sache selten dazu geeignet ist, die Gegenseite von der Richtigkeit vorgebrachter Argumente restlos zu überzeugen, gar Vorwürfe in der Presse zu erheben, ist noch störender. Wenn man jedoch Auslassungen von Kassenärzten liest, wie sie von Dr. J. Hirschfeld im „Groß-Berliner Ärzteblatt" Nr. 23, vom 4. 6. 21 veröffentlicht werden, die sich auch ein erheblicher Teil der Kassenärzte Groß-Berlins zu eigen machten (siehe Versammlungsbericht des Ärztebundes in Nr. 26 des „Groß-Berliner Ärzteblatt" vom 25. 6. 21), dann läßt sich eine Zurückweisung derartiger Auslassungen und Auffassungen nicht mehr umgehen.

Fast scheint es, daß auch bei einem erheblichen Teil der Berliner Ärzteschaft alle Berufsfragen weniger mit sachlicher Nüchternheit, als mit revolutionärem Elan behandelt werden. Allerdings entspringt dieser Elan durchaus nicht dem Bestreben, der Allgemeinheit zu nützen, vielmehr einem doch etwas ungesunden Berufsegoismus. Zu bemerken ist noch, daß eine Anzahl Herren es selten unterlassen, die Kassenpatienten bei irgendwelchen Klagen nur zu gern gegen die Krankenkassen scharf zu machen. Es wird auch von Dr. J. H. so hingestellt, als wäre die Kassenpraxis für die Ärzte ein schier unerträgliches Joch, ja, als wären die Groß-Berliner Kassenärzte infolge der Kassenpraxis allesamt nahezu am Verhungern! — Mögen die Herren, von denen die einsichtigen ihrer Kollegen doch etwas sehr abrücken, endlich einmal dazu kommen, praktische Arbeit in Berufsfragen zu leisten, mit statistischem Material aufzuwarten, damit ihre Angaben von der allgemeinen Not der Ärzte auch einmal nachgeprüft und zur Kritik gestellt werden können. Ehe sie dies nicht tun, müssen wir alle ihre Angaben bestreiten und billig bezweifeln. Es soll jedoch hier keine breite Auseinandersetzung mit den Ärzten gepflogen werden, sondern es soll den Kassenmitgliedern Klarheit gegeben werden, damit sie den Standpunkt der Kassenvorstände kennen, ihn prüfen und verstehen lernen.

Vorausgeschickt soll werden, daß seitens der Ärzte im allgemeinen keine ideellen Gründe gegen die Einführung der Familienversicherung vorgebracht werden. Den Einwendungen rein materieller Natur versuchten die Kassenvorstände bis zur Höchstgrenze der Leistungsfähigkeit entgegenzukommen. Daß dabei nicht mit Gefühlen, sondern ausschließlich mit dem Verstande gearbeitet werden muß, ist für jeden Praktiker selbstverständlich. Die Vorstände der Kassen müssen Mathematiker sein und kaufmännisch rechnen, da ihnen andernfalls die Ausschüsse der Kassen, auch ihr fachmännisches Gewissen und letzten Endes die nach der RVO. übergeordneten Behörden ein wenig in den Arm fallen würden.

Während der bisher gepflogenen Verhandlungen verlangten die Ärzte zunächst die Regelung der Bezahlungsfrage. Dabei schlugen sie vor, diese in der ihnen genehmsten Weise, als Bezahlung für Einzelleistungen, vorzunehmen. Es kann bezweifelt werden, daß dieser Vorschlag von den Ärzten selbst jemals ernsthaft durchdacht worden ist. Für Kassenpraktiker ist er jedenfalls gänzlich undiskutabel. Was als Einzelleistung gelten soll, darüber ist man sich auf beiden Seiten noch nie recht klar geworden, eine Kontrolle darüber kann den Kassen auch vom Ärztebund nicht garantiert werden. Es kann der Arzt, welcher nebenher auch etwas geschäftstüchtig ist, aus einem „Fall" soviel Einzelleistungen konstruieren, daß bei der eventuellen Bezahlung derselben den Kassen schwül werden könnte. Logischerweise haben die Vertreter der Ärzte in der Wirtschaftlichen Abteilung des Ärztebundes sich auch diese Forderung nicht zu eigen gemacht und wurden die Verhandlungen nunmehr um die Bezahlung nach einem Pauschale geführt, das sich in drei Arten zur Ausführung bringen ließe:

1. in Form eines Zuschlages zum allgemeinen Pauschale für alle Versicherten;

2. als Zuschlag zum Pauschale für alle Mitglieder, die Familienangehörige zu versorgen haben;

3. als sogenanntes Fallpauschale.

Wegen der Verschiedenheit in der Zusammensetzung des Mitgliederbestandes der einzelnen Kassen liegen brauchbare Statistiken über die zweckmäßigste Art der drei Pauschalen noch nicht vor. Zwar haben einige Kassen in Groß-Berlin die Familienversicherung bereits in den Kreis ihrer Leistungen einbezogen, trotzdem handelt es sich für die Kassen allgemein und auch für die Ärzte hier um Neuland. Demgemäß müßte zunächst einmal mit der Einführung der Neuerung eine gewisse Probezeit festgelegt werden, nach deren Ablauf an Hand geführter Statistiken eine generelle Regelung auch der Honorarfrage erfolgen kann. Da die Kassenvorstände sich ganz entschieden gegen jedes Experimentieren verschließen müssen, bleibt für sie nur das Reale, die Form, welche sich nach praktischer Berechnung und Erfahrung am besten bewähren wird — und das ist die Bezahlung nach einem Fallpauschale.

Als Begründung für diese wohlerwogene Ansicht kann ins Feld geführt werden, daß einmal es unmöglich ist, festzustellen, wieviel Mitglieder der einzelnen Kassen Angehörige haben, die den Segen der Familienversicherung in Anspruch nehmen könnten und wie hoch die Zahl dieser Angehörigen sein kann. Bei der Fluktuation auf dem Arbeitsmarkt würde sich ein Statistikversuch an jedem Tage verschieben. Auch die Praxis bei den Kassen, welche heute schon mit Familienversicherung arbeiten, kann nie und nimmer als Maßstab angelegt werden, da die Prozentziffern derart auseinandergehen, daß Schwankungen von 25 bis 93 v. H. vorkommen. Außerdem handelt es sich fast ausschließlich um Kassen, die ein festes Verhältnis in ihrem Mitgliederbestand haben, d. h., es sind Betriebskranken-

Digitized by Google

kassen, die auf Grund des Angestellten- bzw. Beamtenverhältnisses ihrer Mitglieder zu dem einen Arbeitgeber die Aufnahme solcher Statistiken möglich machen können. Daß eine allgemeine oder besondere Orts- oder Landkrankenkasse ihre Arbeitgeber, deren Zahl in die Tausende geht, nicht zur Aufmachung derartiger Feststellungen ersuchen oder gar zwingen kann, ist eine Selbstverständlichkeit.

Es wurde also den Ärzten ein Pauschale für den Fall und Monat angeboten, das sich nach eingehender Berechnung im Höchstfall auf 15 ℳ ohne und 20 ℳ mit freier Arzneigewährung belaufen kann. Die Differenzierung wird deshalb als nötig erachtet, weil bei Arzneigewährung zweifellos die Arbeitsbelastung der Ärzte eine bedeutend höhere sein wird, als bei Wegfall dieser Neuerung. Ob überhaupt Arzneigewährung gegeben werden kann oder soll, darüber sollten die Ärzte keinen müßigen Streit führen, denn diese Frage wird lediglich von den Kasseninstanzen zu erörtern sein; sie kann sich nur nach dem Stand der Kassenfinanzen regeln. In die wirtschafts- und verwaltungstechnischen Maßnahmen der Krankenkassen hineinreden zu wollen, sollten die Ärzte nicht unternehmen; jeder Versuch in dieser Richtung muß als unberechtigte Anmaßung scharf zurückgewiesen werden.

Daß die Kassen diese Frage sehr reiflich erwägen müssen, erhellt aus einem kleinen Beispiel: Angenommen, es führt eine Kasse sofort mit der Familienversicherung freie Arzneigewährung ein, dann wäre die Inanspruchnahme der Ärzte nicht nach einer niedrigen, sondern nach einer Hochfrequenz vorhanden. Folge: entsprechende Mehrausgabe von Monatsbons und gesteigerte Zahlungen zur Abgeltung des Fallpauschals. Wünscht weiter ein Familienmitglied ein Bad, oder ein noch billigeres Medikament, dann hat die Kasse nicht nur den Preis desselben an den Lieferanten zu zahlen, sondern muß dazu noch den Preis für den Bon rechnen, so daß der Gesamtpreis für das Bad oder Medikament sich um das Zehn- bis Zwanzigfache verteuert. Wenn die Kassen die Garantie hätten, daß alle Berechtigten von sozialem Geist beseelt, alle Ärzte peinlich korrekt wären, — diese Garantie kann aber niemand geben oder tragen —, auch dann könnten sie einen Sprung ins Ungewisse nicht machen. Warnungen davor liegen nicht nur aus Kreisen der Versicherten, sondern auch aus den Reihen der Ärzte in stattlicher Anzahl vor.

Wenn also von der Mehrzahl der Ärzte angeführt wird, daß ihre Handlungsweise nur aus dem Wunsch hervorgeht, den Familienmitgliedern der Versicherten nützen zu wollen, so ist das Sophistik. Unsere Berliner Kassenärzte wissen es nur zu genau, daß die Gewährung freier Arznei- und Heilmittel den Kassen ohne neuerliche Erhöhung der Beiträge unmöglich ist. Bekannt ist ihnen ferner, daß eine Beitragserhöhung ohne gesonderte Zustimmung seitens der Arbeitgebervertreter in den Vorständen und Ausschüssen nicht durchführbar ist und letzten Endes dürfte es einem jeden bekannt sein, daß die gesamte Arbeitgeberschaft Groß-Berlins einer Beitragserhöhung für die Krankenkassen schroff ablehnend gegenübersteht.

Das sind im engbegrenzten Rahmen die nackten Tatsachen, mit denen nicht nur die Kassenvorstände, sondern auch die Versicherten zu rechnen haben. Man darf wohl annehmen, daß die Berliner Arbeitnehmerschaft intelligent genug ist, um nach Prüfung dieser Darlegungen zu entscheiden, wo ihren berechtigten Wünschen Rechnung getragen werden soll und wo man durch Schönfärberei unberechtigte Hoffnungen (weil sie voreilig sind), erweckt. An der Zeit ist es, daß die Sache endlich einen energischen Ruck nach voraus bekommt und dazu müssen die Versicherten selbst beitragen. In allen Betrieben muß unter vernunftgemäßer Darstellung das Wie und Weshalb erörtert werden, damit den Kassenvorständen seitens der Versicherten der Rückhalt geboten wird, auf den sie nicht verzichten können und wollen. Fest steht die Tatsache, daß die Einführung der Familienversicherung kommt. Wenn nicht mit dem Bund der Ärzte, dann gegen ihn. Hoffen wir, daß auch diesmal noch eine Einigung gefunden wird, die beide Teile wieder daran arbeiten läßt, praktische Sozialhygiene zu treiben.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Die finanzielle Lage der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Hierüber schreibt Geh. Oberregierungsrat Düttmann (Oldenburg) in der „Sozialen Praxis“ vom 15. Juni 1921:

Während früher gewöhnlich von den reichen Landesversicherungsanstalten gesprochen wurde, ist in letzter Zeit mehrfach von dem Zusammenbruch der Invalidenversicherung die Rede gewesen. Weder das eine noch das andere war zutreffend. Das Vermögen der Anstalten hat zu keiner Zeit weiter gereicht als zur Deckung der darauf lastenden Verpflichtungen, nämlich der aus der Beitragsleistung entspringenden Ansprüche. Nachdem seit dem 1. Februar 1918 Zulagen zu den niedrigen, der steigenden Teuerung durchaus nicht entsprechenden Renten gezahlt wurden ohne eine Erhöhung der Beiträge, verschlechterte sich zunehmend die schon durch die Kriegsfolgen geschwächte Vermögenslage der Anstalten. So stand im ersten Halbjahr 1920 einer Beitragseinnahme von 159,5 Mill. M. bei den Landesversicherungsanstalten eine Belastung mit Rentenzulagen in Höhe von 153,3 Mill. M. gegenüber. Für die Deckung der eigentlichen Renten blieben also nur 6 Mill. M. verfügbar. Davon mußten auch die Aufwendungen für Heilverfahren und andere freiwillige Leistungen und für Verwaltung bestritten werden.

Äußerlich trat diese Verschlechterung der Vermögenslage nicht so deutlich hervor, solange die gezahlten Rentenzulagen den Anstalten vom Reiche gestundet wurden. Es war nur jährlich ein Zehntel der gezahlten Beträge dem Reiche zu erstatten, und zwar wurden Kriegsanleihen zum Erwerbspreise in Zahlung genommen. Die Anstalten blieben infolgedessen im Besitz der Mittel zur Deckung der laufenden Ausgaben. Allerdings wuchsen die dem Reiche geschuldeten Beträge von 80,3 Mill. M. Ende 1918 auf 228,5 Mill. M. Ende 1919 und 281,8 Mill. M. am 1. Juli 1920.

An diesem Tage trat das Zulagengesetz vom 20. Mai 1920 in Kraft, das die Zulagen um die Hälfte erhöhte, auch den Waisen solche gewährte und gleichzeitig den Versicherungsträgern die erforderlichen Mittel zur Zahlung der Rentenzulage durch eine Erhöhung der Beiträge, im Durchschnitt etwa eine Verdreifachung der seitherigen Beitragssätze,

Digitized by Google

brachte. Weil das Gesetz aber von den Anstalten die sofortige Zahlung der Zulagen forderte, überdies die erhöhten Zulagen bereits vom 1. Juli 1920 an zu zahlen waren, die erhöhten Beiträge aber erst vom 1. August 1920 ab, fehlten den Anstalten von Anfang an die notwendigen Barmittel.

Die 29 Landesversicherungsanstalten sollten der Post im zweiten Halbjahr 1920 Vorschüsse zur Auszahlung der Renten und Zulagen in Höhe von 349,4 Mill. M. leisten. Aus dem Markenverkauf wurden aber nur 292,4 Mill. M. gelöst, so daß die Post von den Anstalten am Jahresschluß noch 57 Mill. M. zu fordern hatte. Mit ihren übrigen Aufwendungen waren die Anstalten auf ihre Zinseinnahmen angewiesen, und weil diese zu deren Deckung auch nicht annähernd reichten, mußten Schulden gemacht werden, soweit die Fehlbeträge nicht durch Flüssigmachung von Vermögensteilen gedeckt werden konnten.

Noch ungünstiger wurde die Lage der Anstalten infolge des Beihilfengesetzes vom 26. Dezember 1920, das die Beiträge verdoppelte, die zweite Beitragshälfte aber sofort zur Deckung der neuen Beihilfen zurückbehielt und infolge der rücksichtslosen Weise, in der die Beitragserhöhung plötzlich auch für die Beiträge eingeführt wurde, die noch für frühere Zeiträume zu entrichten waren, lebhafte Verstimmungen hervorrief, die sich in einem starken Rückgang des Markenabsatzes zeigte. Zwar wurde vom Reichstage gleichzeitig gefordert, daß ein Notgesetz, das der ungünstigen Lage der Versicherungsanstalten ein Ende mache, frühzeitig genug vorgelegt werde, um spätestens zum 1. Juli d. J. in Kraft treten zu können. Aber bis jetzt ist der Entwurf noch nicht erschienen und bis dahin, daß er vom Reichswirtschaftsrat begutachtet und vom Reichsrat beraten ist, kann leicht noch so viel Zeit vergehen, daß die Erledigung während der jetzigen Tagung des Reichstages unsicher wird und an ein Inkrafttreten des Gesetzes vor dem 1. Oktober d. J. unter allen Umständen nicht mehr gerechnet werden kann.

So sind denn die meisten Versicherungsanstalten, weil sie Barüberweisungen aus dem Markenverkauf von der Post nicht zu erwarten haben, auf unbestimmte Zeit hinaus weiter darauf angewiesen, ihre laufenden Ausgaben zu einem wesentlichen Teile durch Aufnahme von Schulden zu decken, eine bei den gegenwärtigen unsicheren Verhältnissen geradezu verhängnisvolle Lage. Denn wenn wirtschaftliche Störungen die Arbeitslosigkeit noch steigern, droht den Anstalten mit einem weiteren Rückgang der Beitragseinnahmen ein Anwachsen der Rentenlast, und es besteht die Gefahr, daß man die Einführung höherer Beiträge nicht wagen darf, um das Wirtschaftsleben nicht noch mehr zu stören.

Auch die Anstalten, die sich früher dagegen sperrten, haben sich eine nach der anderen gezwungen gesehen, ihre freiwilligen Leistungen, vor allem die Heilfürsorge für die Versicherten, einzuschränken, obwohl die ungünstige gesundheitliche Lage der versicherungspflichtigen Bevölkerung eine Erweiterung dieser Fürsorgebestrebungen erfordert. Die nach dieser Richtung gehenden Entschließungen der Organe der Landesversicherungsanstalt Berlin, die früher als eine der reichsten galt, jetzt aber zu denen gehört, die mit den größten Schwierigkeiten zu kämpfen haben, hat kürzlich die Aufmerksamkeit weiter Kreise auf die mißliche Lage gelenkt, in welche die Versicherungsanstalten infolge der gesetzgeberischen Maßnahmen der letzten Jahre geraten sind, die sich zunehmend verschärft, weil das Notgesetz, das die Invalidenversicherung wieder leistungsfähig machen soll, nicht ergeht und trotzdem die gewiß begründete Forderung der Versicherungsanstalten, daß ihnen wie bezüglich der früheren, so auch bezüglich der gegenwärtigen Rentenzulagen ebenso wie den Berufsgenossenschaften die Erstattung der Zahlungen durch Abgabe von Kriegsanleihe ermöglicht werde, unberücksichtigt bleibt.

Das Vermögen der Versicherungsanstalten hat sich inzwischen so vermindert, daß es vermutlich nur noch etwa den Kapitalwert der laufenden Renten decken wird, also nicht mehr die durch die Beitragsleistung den gegenwärtigen Versicherten entstehenden Anwartschaften auf Rente, wie es das Gesetz fordert. Wenn es bei weiterer Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage infolge der ungünstigen Vermögenslage zur Aufhebung der Invalidenversicherung sollte kommen müssen, weil sich eine entsprechende Erhöhung der Beiträge als undurchführbar ergibt, so würden also nur noch die gegenwärtigen Rentenempfänger die Weiterzahlung der ihnen zustehenden Renten ohne Zulagen und Beihilfen aus dem Restvermögen zu erwarten haben, während die noch nicht im Rentengenuß befindlichen Versicherten und deren Hinterbliebene leer ausgehen würden. Die Erhöhung der Beiträge auf etwa das Sechsfache hat das nicht verhindern können. Sie sollte übrigens auch nur die Mittel zur Bestreitung der laufenden Aufwendungen für die Teuerungszuschüsse bringen, die in Gestalt der Zulagen und Beihilfen neben den Renten gezahlt werden, nicht gemäß den Bestimmungen des § 1389 RVO. eine Kapitaldeckung dieser oder aller Leistungen.

Damit wird ein bemerkenswerter Vorgang in der jüngsten Entwicklung der Invalidenversicherung berührt. Nachdem das erste völlig planlose Vorgehen, die Versicherung mit Rentenzulagen zu belasten, ohne ihr eine Deckung dafür zu geben, aufgegeben war, hat man sich darauf beschränkt, den Beteiligten die Zahlung von Zuschlägen zu den Beiträgen in der Höhe aufzuerlegen, welche den an Rentenzuschüssen zu zahlenden Beträgen entspricht. Diese rund $\frac{5}{6}$ des gegenwärtigen Beitrags ausmachenden Zuschläge sind eigentlich nicht Versicherungsbeiträge, da sie den Versicherten nicht einen Anspruch auf eine Gegenleistung sichern. Sie sind nichts anderes als Abgaben, mit denen Versicherte und deren Arbeitgeber zur Aufbringung der Kosten einer nicht durch gezahlte Beiträge gedeckten Versorgung früherer Versicherten und Angehörigen von solchen herangezogen werden. Aus der früheren Versicherung ist in der Hauptsache eine Versorgung geworden. Seit der Einführung der Zulagen und Beihilfen stellen sich

bei den	der Reichszuschuß auf	die eigentliche Rente auf		der Teuerungszuschüsse auf	
	v. H.	M	v. H.	M	v. H.
Invalidenrenten .	4,8	157 = 15,0		840 = 80,2	
Altersrenten	4,9	125 = 12,3		840 = 82,8	
Witwenrenten . .	6,7	34 = 4,6		660 = 88,7	
Waisenrenten . . .	6,2	17 = 4,2		360 = 89,6	

Ähnlich wie bei den Leistungen tritt auch bei den Beiträgen der Teil, der zur Deckung der eigentlichen Renten dient, mit 17,9 v. H. ganz zurück gegen den Zuschlag von 82,1 v. H. zur Deckung der Teuerungszuschüsse. Noch stärker würde das in die Erscheinung treten, wenn von dem ersterwähnten Rententeil noch die Kosten der freiwilligen Lei-

Digitized by Google

stungen und der Verwaltung mit ihren infolge der Preissteigerung auf ein Mehrfaches gestiegenen Beträgen in Abzug gebracht werden.

Der außerordentlich geringe Einfluß der Beitragsleistung auf die Höhe der Rente — mit 32 ℳ Beiträgen*) konnte ein Anspruch auf eine Invalidenrente von etwa 956 ℳ erworben werden, mit der größtmöglichsten Beitragsleistung während der verflossenen 30 Jahre mit insgesamt etwa 590 ℳ nur eine Invalidenrente von 1130 ℳ, also mit einem Mehraufwand an Beiträgen von mehr als 1800 v. H. noch nicht 18 v. H. der Steigerung der Rentenhöhe! — muß auf die Dauer verhängnisvoll werden, weil er das Interesse des Versicherten an einer vollständigen Entrichtung der Beiträge aufhebt. Die gegenwärtige Rentenbemessung ist aber auch deshalb unhaltbar, weil die Möglichkeit einer den berechtigten Anforderungen der hochgelohnten Versicherten entsprechenden Erhöhung der trotz aller Teuerungszuschüsse immer noch niedrigen Bezüge nicht vorgesehen ist. Zu dem Zweck bedarf es des Aufbaues höherer Lohnklassen, der bereits vor zehn Jahren bei der Beratung der Reichsversicherungsordnung hätte erfolgen sollen und mit der Steigerung der Löhne immer dringlicher geworden ist. Versicherte mit einem Einkommen von 1200 ℳ und von 12 000 ℳ oder mehr mit demselben Beitrage zur Versicherung heranziehen und mit denselben Rentenbezügen abfinden, ist ein Unding. Insbesondere ist die Aufbringung der Kosten unmöglich, wenn nicht Versicherte mit geringem Verdienst entlastet und solche mit hohem Verdienst entsprechend stärker belastet werden.

Wenn die unteren 4 Lohnklassen, die bis 1150 ℳ Jahresverdienst reichen, zu einer einzigen zusammengefaßt, dann zunächst bis 2000 ℳ, darauf mit 1000 ℳ, später 2000 und 3000 ℳ Spannung weitere 7 Lohnklassen bis 15 000 ℳ und eine 8. für mehr als 15 000 ℳ Jahresarbeitsverdienst aufgebaut werden, wird eine der Leistungsfähigkeit entsprechende Heranziehung zu den Lasten und damit deren Tragung möglich, soweit sie überhaupt den Versicherten und ihren Arbeitgebern zugemutet werden kann. Diese dürfen erwarten, daß das Reich sich an den Kosten der Versicherung in Zukunft wieder mindestens in demselben Umfange beteiligt, wie bis zur Einführung der Teuerungszuschläge zu den Renten. Bis dahin trug es rund ein Drittel der gesamten Kosten und nahm damit die aus den Übergangsbestimmungen sich ergebende Belastung auf seine Schultern. Aus diesem Drittel ist, wie aus der oben gegebenen Zusammenstellung hervorgeht, jetzt ein Zwanzigstel geworden, obwohl die Belastung durch die Teuerungszuschläge, wofür die bisherigen Beiträge keine Deckung boten und die ⅝ der gegenwärtigen Beiträge in Anspruch nimmt, billigerweise von der Gesamtheit übernommen werden sollte. Die Notlage des Reiches kann nicht die Ablehnung dieser Billigkeitsforderung rechtfertigen. Denn die Gesamtheit der Steuerzahler kann nicht als minder leistungsfähig hingestellt werden, als der aus den Versicherten und deren Arbeitgebern sich zusammensetzende Teil der Steuerzahler. Sie kann insofern Berücksichtigung finden, als die Barüberweisungen des Reiches auf den bisherigen Betrag mit dem aus den Erfahrungen abzuleitenden Zuwachs sich beschränken und im übrigen den Versicherungsanstalten verzinsliche Forderungen seitens des Reiches eingeräumt werden. Die auf diese Weise den Versicherungsanstalten zufließenden Werte brauchten nicht allen Versicherten gleichmäßig zugerechnet zu werden. Ihre Verteilung könnte und sollte zu einer Entlastung der im Verhältnis zu ihrer Leistungsfähigkeit überlasteten Angehörigen der unteren Lohnklassen führen.

Zur Deckung der Kosten der Zulagen und Beihilfen wird gegenwärtig ein Wochenbeitrag von nahezu 2,30 ℳ erhoben. Dazu müßte etwa 1 ℳ hinzugehen zur Deckung der freiwilligen Leistungen, insbesondere des im Interesse der Hebung der Volksgesundheit dringend gebotenen Ausbaues des Heilverfahrens, und den Verwaltungskosten. Dieser Wochenbeitrag von 3,30 ℳ, zu dem dann der eigentliche Versicherungsbeitrag mit noch wöchentlich mindestens 1,50 ℳ in der untersten Lohnklasse hinzukommt, so daß sich ein Jahresbeitrag von 250 ℳ ergibt, kann von Versicherten mit einem Jahreseinkommen von 1000 ℳ unter allen Umständen nicht getragen werden. Wenn man davon ausgeht, daß neben den Beiträgen zur Krankenversicherung und zur künftigen Arbeitslosenversicherung etwa 7 bis 8 v. H. des Arbeitsverdienstes für die Invalidenversicherung in Anspruch genommen werden dürfen, so ergibt sich für die unterste Lohnklasse bei einem Jahresverdienst von 1000 ℳ ein Wochenbeitrag von etwa 1,50 ℳ statt der oben gefundenen 4,80 ℳ, von denen also rund zwei Drittel anderweit zu decken sein würden. Solche Ermäßigungen sind ohne weitgehende Beihilfen des Reiches undenkbar. Von Versicherten mit so geringem Arbeitsverdienst kann billigerweise nicht verlangt werden, daß sie erhebliche Beiträge zur Versorgung von Rentenempfängern leisten, für die früher zu niedrige Beiträge gezahlt sind, wo sie kaum imstande sind, die Beiträge für die eigene Versicherung in ausreichender Höhe aufzubringen. Man denke dabei nur an die wenig leistungsfähigen Hausgewerbetreibenden, denen man die Versorgung durch die Invalidenversicherung nicht länger vorenthalten darf.

Zur Vermeidung von Mißverständnissen sei ausdrücklich bemerkt, daß es sich bei einer Wiederherstellung der Beteiligung des Reiches an den Kosten der Invalidenversicherung in dem früheren Umfange keineswegs um eine Zuwendung an die gegenwärtigen und künftigen Versicherten handelt, durch welche ihnen die Kosten der eigenen Versicherung ermäßigt werden, sondern nur um eine Herabminderung der Belastung, die ihnen im Interesse früherer Versicherter aufgebürdet ist. Ferner muß darauf hingewiesen werden, daß eine Erhöhung der Reichsschulden um den nicht durch Barzahlung zu deckenden Teil des Reichszuschusses leichter zu tragen sein wird, als wenn dem Wirtschaftsleben dieselbe Summe entzogen und durch verzinsliche Anlage seitens der Versicherungsträger festgelegt wird. Ohne eine einigermaßen ausreichende Kapitaldeckung ist eine Fortführung der Invalidenversicherung mit ihren von Jahr zu Jahr zunehmenden Lasten unmöglich.

In Verbindung hiermit sei ein zweiter Umstand erwähnt, der die Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit der Invalidenversicherung durch die Erhöhung der Beiträge erschwert: die selbständige Angestelltenversicherung, die nach den geplanten Gesetzesänderungen, soweit darüber etwas in die Öffentlichkeit gedrungen ist, demnächst mehr als eine Milliarde jährlich an Beiträgen erheben wird, ohne gleich der Invalidenversicherung einen erheblichen Teil dieser Einnahme sofort wieder in Gestalt von Rentenleistungen den einer Fürsorge Bedürftigen

*) Bei anrechnungsfähigen Krankheits- und Militärdienstzeiten kann dieser Betrag weiter heruntergehen.

Digitized by Google

zuzuführen. Diese zugunsten von etwa 1,5 Millionen Versicherten erhobene Summe mindert die Mittel, welche zur Aufrechterhaltung der Invalidenversicherung zugunsten einer zehnmal so großen Zahl von Versicherten erforderlich sind. Es kommt hinzu, daß die Invalidenversicherung gegenwärtig sehr erheblich durch frühere Angestellte und Hinterbliebene von solchen belastet wird, nämlich mit jährlich schätzungsweise 80 Mill. ℳ. Die Kosten der Rentenzulagen und Beihilfen dieser Rentenempfänger fallen zur Zeit fast ausschließlich den versicherten Arbeitern und deren Arbeitgebern zur Last, da es versicherungspflichtige Angestellte in der Invalidenversicherung kaum noch gibt und die freiwillige Versicherung nur einen Aufwand von jährlich 18 ℳ erfordert, während für den Versicherungspflichtigen ein achtmal so hoher Beitrag entrichtet werden muß, der Rentenanspruch aber, wie oben gezeigt, nur unerheblich höher ist. Zur Beseitigung dieser Unbilligkeit muß die Grenze der Invalidenversicherungspflicht für die Angestellten von 2000 ℳ auf 15 000 ℳ Jahresarbeitsverdienst, der für das Gebiet der Krankenversicherung geltenden Grenze, erhöht werden. Entsprechend dem bereits jetzt geltenden Grundsatz würden die Beiträge zur Angestelltenversicherung um den Betrag der Beiträge zur Invalidenversicherung zu kürzen sein. Eine Überlastung der Beteiligten tritt also nicht ein. Die Angestellten gewinnen nur, da die Leistungen der Invalidenversicherung verhältnismäßig viel höher sind als die der Angestelltenversicherung. Das freilich erst bei der nächsten Reform der Sozialversicherung zu erreichende Ziel muß die völlige Verschmelzung der beiden Versicherungen sein, unter Wahrung der wohlerworbenen Rechte der Angestellten. War die Errichtung einer selbständigen Angestelltenversicherung aus politischen wie aus wirtschaftlichen Gründen ein Fehler, so würde es unter den gegenwärtigen Verhältnissen ein noch größerer Fehler sein, wenn man sie fortbestehen lassen wollte, nachdem die Zusammenfassung aller Kräfte zur unabweisbaren Notwendigkeit geworden ist. Für die Berücksichtigung unberechtigter Sonderinteressen ist heute im Deutschen Reiche kein Platz mehr. Eine einheitliche leistungsfähige Versicherungseinrichtung für alle ihrer bedürftigen Kreise muß nicht nur von den Nächstbeteiligten, sondern von der Gesamtheit gefordert werden, der es nicht gleichgültig sein kann, wenn 15 Millionen darunter leiden, daß 1,5 Millionen vermeintliche Sondervorteile gewährt werden.

Der neue Nachtrag zum preußischen Tarif für die Erstattung von Armenpflegekosten.

Hierüber schreibt uns Landesrat Dr. Brunn in Berlin:

Der preußische Wohlfahrtsminister hat unter dem 9. 4. 21 einen Nachtrag zum Tarif der unter preußischen Armenverbänden zu erstattenden Armenpflegekosten vom 30. 12. 1910 erlassen (Volkswohlfahrt, Amtsblatt des preußischen Ministeriums für Volkswohlfahrt 1921 S. 234)*). Der Nachtrag bringt unter Aufhebung des Nachtrages vom 28. 10. 1919 (Min. Bl. f. innere Verw. S. 470) eine Reihe von Änderungen des bisherigen Tarifs. Zunächst werden entsprechend der Geldentwertung die Tarifsätze 1 a und 1 b für die Verpflegung von erkrankten oder arbeitsunfähigen Hilfsbedürftigen sowie die Sätze 5 a und 5 b für die Beerdigung erhöht. Dabei greift der Nachtrag auf das System des alten Tarifs von 1876 wieder zurück, indem er eine Abstufung nach Ortsklassen vornimmt. In der Ortsklasse A werden die genannten Tarifsätze auf 700 v. H., in der Ortsklasse B auf 600 v. H. und in den Ortsklassen C bis E auf 500 v. H. erhöht. Die Ortsklasse richtet sich nach der Einreihung der erstattungsberechtigten Gemeinde in die Ortsklassen der Besoldungsgesetze. Da für die preußischen Besoldungsgesetze das Ortsklassenverzeichnis für die Besoldung der Reichsbeamten maßgebend ist, kommt auch für die Höhe der Erstattung unter den preußischen Armenverbänden das Ortsklassenverzeichnis nach dem Reichsgesetz, betreffend die vorläufige Neuaufstellung des Ortsklassenverzeichnisses, vom 12. 5. 21 (RGBl. S. 513) in Betracht.

Bei dem Tarifsatz unter Ziff. 2 für ärztliche Hilfe, Arznei und Heilmittel ist der bisherige Betrag einheitlich auf 2 ℳ erhöht. Mit Recht sieht hier der Nachtrag mit Rücksicht auf die einheitliche ärztliche Gebührenordnung und die Arzneitaxe von einer unterschiedlichen Behandlung der Gemeinden ab. Die Vorschrift des Abs. 2, der eine besondere Berechnung und Anforderung erheblicher außerordentlicher Mehraufwendungen in Fällen von Verwundung oder schweren oder ansteckenden Krankheiten für zulässig erklärt, bleibt unberührt.

Der Nachtrag bringt dann weiter eine Änderung der Ziff. 4 des Tarifs. In der ursprünglichen Fassung war vorgeschrieben, daß die Tarifsätze zur Anwendung kommen sollten, mag die Verpflegung innerhalb oder außerhalb eines Kranken- oder Armenhauses bewirkt worden sein. Auch für Personen unter 14 Jahren war die Anwendbarkeit der Tarifsätze nicht ausgeschlossen (vgl. Entsch. des Bundesamts für das Heimatwesen, Bd. 45 S. 120). Dies änderte der Nachtrag vom 28. 10. 19 dahin ab, daß er zu Ziff. 4 den Zusatz machte, daß die Tarifsätze nicht für die im Wege der offenen Armenpflege untergebrachten Personen, die das Alter von 14 Jahren noch nicht erreicht hatten, gelten sollten, daß für diese vielmehr die tatsächlich notwendigen Auslagen zu erstatten sind.

Der neue Nachtrag vom 9. 4. 21 bestimmt, daß die Tarifsätze nur für die Fälle der geschlossenen Armenpflege als Pauschsätze zu gelten haben. Für die in offener Armenpflege untergebrachten Kinder unter 14 Jahren müssen, wie das schon in dem Nachtrag von 1919 vorgesehen war, die tatsächlichen notwendigen Auslagen erstattet werden, und zwar, wie ausdrücklich ausgesprochen ist, auch über die Tarifsätze hinaus.

Eine Ausgestaltung hat ferner Ziff. 6 des Tarifs durch den neuen Nachtrag erfahren. Danach sind jetzt die tatsächlich entstandenen notwendigen Auslagen in folgenden Fällen zu erstatten:

a) für die in offener Armenpflege untergebrachten Personen über 14 Jahren;

b) in denjenigen Fällen, in denen nicht die vollen Verpflegungs- oder Beerdigungskosten, sondern nur ein Zuschuß zur Verpflegung, zur ärztlichen Behandlung oder zu den Beerdigungskosten gewährt wird;

c) überhaupt in allen Fällen, in denen Aufwendungen nicht nach den Ziff. 1, 2 und 5 erfolgen, namentlich bei Aufwendungen für nicht völlig er-

*) Der Tarif und der Nachtrag gelten nur im Verhältnis der preußischen Armenverbände gegeneinander. Für die Bemessung der Ersatzansprüche von Armenverbänden gegen Versicherungsträger sind nur die §§ 1531 ff. RVO. maßgebend.

Digitized by Google

werbsunfähige Personen. Wichtig ist, daß in allen diesen Fällen die Sätze der Ziff. 1, 2 und 5 als Höchstsätze gelten. Bisher fand sich eine entsprechende Bestimmung nur für die besondere Berechnung der Verpflegung nicht völlig erwerbsunfähiger Personen. Daher mußte das Bundesamt nach der alten Fassung des Tarifs einem Armenverband, der nur einen Teil des Aufwands für eine Beerdigung getragen hatte, diese Aufwendungen in voller Höhe zusprechen, obwohl sie über den Tarifsatz für die Erstattung der gesamten Beerdigungskosten hinausgingen (vgl. Entsch. Bd. 55 S. 101).

Der Nachtrag ist mit Wirkung vom 1. 4. 21 in Kraft getreten. Auch wenn die Gewährung der Armenpflege bereits vor diesem Termin begonnen hat und sich nur über den 31. 3. 21 hinaus fortsetzt, richtet sich doch vom 1. April ab die Höhe der Erstattung nach den neuen Vorschriften.

Beantwortung von Anfragen.

Rechtsauskünfte aus unserem Arbeitsgebiet erteilen wir den Beziehern unserer Zeitschrift bereitwillig, ohne indessen eine Verpflichtung oder eine zivilrechtliche Haftung zu übernehmen. Für schriftliche Auskunft wird Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten, und zwar auch dann, wenn nur Bescheid durch die Zeitschrift erbeten, die Sache aber zur Veröffentlichung an dieser Stelle nach unserem Ermessen nicht geeignet ist.

Dringende Bitte!

Auch in diesem Sommer haben die Mitglieder unserer Schriftleitung das Bedürfnis, sich von der anstrengenden Tagesarbeit zurückzuziehen und auswärts Erholung zu suchen. Die Leser der „Arbeiter-Versorgung" werden daher gebeten, während der nächsten Wochen nur unumgänglich nötige Fragen an den Briefkasten zu richten und uns ausreichende Zeit zur Beantwortung zu lassen.

a) **Schönheitsfehler oder Krankheit?** b) **Erfüllungsort für Familienhilfe.** c) **Heilmittel bei Schwerhörigkeit.**

1. **Nach Greifswald.** Frage: a) Ein weibliches Mitglied unserer Kasse hat schon seit vielen Jahren einen schlechten Teint (Pickelchen und Knötchen im Gesicht) und steht schon wegen dieses Schönheitsfehlers seit Jahren in ärztlicher ambulanter Behandlung. Der Kassenarzt, um sie los zu werden, überweist sie der hier mit allem Komfort neu eröffneten Poliklinik für Hautkrankheiten, von welcher ihr bisher immer Salbe verschrieben worden ist. Heute legt die Versicherte eine Bescheinigung der Hautklinik vor, daß eine zweimalige Röntgenbestrahlung erforderlich sei, um deren Genehmigung ersucht wird. Die Kosten hierfür betragen 160 *M*. Ist die Kasse zur Übernahme dieser Kosten verpflichtet? Solche Fälle von Bestrahlungen vermehren sich mit jedem Tag.

b) Die Ehefrau eines unserer Mitglieder begibt sich mit ihrem Kinde während der Dauer des Heilverfahrens ihres Mannes außerhalb des Kassenbezirkes; das Kind erkrankt daselbst, und nun sollen wir die Arztkosten bezahlen, während nach § 33 Abs. 2 des Nachtrags unserer Satzung für Familienangehörige nur ärztliche Behandlung durch unsere Kassenärzte zu gewähren und zu bezahlen ist. Die Rechnung des auswärtigen Arztes beträgt 40 *M*. Sind wir zur Zahlung verpflichtet?

c) Ein weibliches Mitglied unserer Kasse — Direktrice in einem Weißwarengeschäft — tritt mit dem Ersuchen an die Kasse heran um Bewilligung einer Batterie zu einem Hörapparat; Preis ungefähr 15 *M*. Eine Bescheinigung des Arztes bzw. Rezept hierzu lag dem Ersuchen bei. Sind wir zur Zahlung verpflichtet?

Antwort: a) Offenbar handelt es sich um einen regelwidrigen Körperzustand, der als Krankheit nicht nur im Sinne der ärztlichen Wissenschaft, sondern auch im Sinne der Krankenversicherung anzusehen ist, wenn er ärztliche Behandlung erfordert. Für diese Frage der Notwendigkeit können zwar unter Umständen Allgemeininteressen (z. B. im Hinblick auf die Übertragbarkeit des Leidens) mit in Betracht kommen; solche stehen aber im vorliegenden Fall offenbar nicht in Frage, so daß nur zu prüfen ist, ob ein persönliches Interesse der Versicherten, auf dessen Schutz die Versicherung abzielt, die ärztliche Behandlung erforderlich macht. Schmerzen, auf deren Beseitigung die Behandlung abzielen könnte, sind wohl nicht vorhanden. Es wird nur zu prüfen sein, ob die Versicherte durch das üble Aussehen in solchem Maße entstellt wird, daß sie in ihrem wirtschaftlichen Fortkommen beeinträchtigt erscheint. Diese Frage wird bei Frauen eher als bei Männern zu bejahen, aber keineswegs immer zu bejahen sein. Der Arzt wird sich darüber äußern müssen, ob und inwiefern es sich nicht bloß um einen belanglosen Schönheitsfehler, sondern um einen die Versicherte wirtschaftlich beeinträchtigenden Leidenszustand handelt. Wird die Frage bejaht, so muß die Kasse die Kosten der Bestrahlungen tragen, ohne Rücksicht auf deren Höhe, da die Röntgenbestrahlung nach der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts als ärztliche Behandlung, nicht als Heilmittel anzusehen ist.

b) Die Kasse ist zur Zahlung schon deshalb nicht verpflichtet, weil der außerhalb des Kassenbezirks liegende Ort, an den sich die Frau des Versicherten nach dessen Erkrankung begeben hat, kein gesetzlicher Erfüllungsort für die Leistung der Familienhilfe ist. Zu vgl. ArbVers. 1917 S. 143 Ziff. 6.

c) Wie die Kasse zur Milderung der Kurzsichtigkeit Augengläser gewähren muß, so muß sie entsprechend auch das im vorliegenden Falle zur Milderung der Schwerhörigkeit erforderliche Mittel gewähren.

Versicherungspflicht der ohne eigenes Entgelt beschäftigten Ehefrau eines beamteten Schulhausmannes.

2. **Nach Radeberg.** Frage: Die Schulhausmänner und ihre Ehefrauen waren bisher vom Stadtrat in unserer Kasse als Pflichtmitglieder versichert. Ab 1. Januar 1921 sind die Männer als Beamte mit Ruhegehalt angestellt worden. Daraufhin sind sie von der Krankenkasse abgemeldet worden, aber die Frauen sollen weiterhin bei ihr verbleiben.

Digitized by Google

Sie erhalten jedoch keine Vergütung von der Stadt, es ist nur im Dienstvertrag des Mannes gesagt, daß sie in der Schule mit tätig sein sollen. Besteht für die Frauen noch die Versicherungspflicht? Wie kann die Gruppe berechnet werden, da weder Lohn noch Naturalvergütung gewährt wird?

Antwort: Wenn im Dienstvertrag des Ehemannes vorgesehen ist, daß die Ehefrau mit tätig sein soll, so ist auch sie Arbeitnehmerin des Schulverbandes und daher krankenversicherungspflichtig. Der Entgelt, der für ihre Arbeit gewährt wird, ist im Gehalt des Mannes enthalten. Er ist abzuschätzen, und zwar im Verhältnis des Umfanges der Arbeit der Frau zum Umfang der Arbeit des Mannes. Die Beamteneigenschaft des Mannes befreit nicht die Frau von der Versicherungspflicht.

Anspruchsverlust wegen ungerechtfertigter Ablehnung der Krankenhauspflege. Ersatzanspruch bei Unterbringung durch die Polizei?

3. **Nach L.** Frage: Am 27. 10. 20 erschien ein weibliches Pflichtmitglied (Dienstbote) bei uns und legte eine ärztliche Bescheinigung des Inhalts vor, daß sie wegen Geschlechtskrankheit der Aufnahme ins Krankenhaus bedürfe. Da es sich um eine ansteckende Krankheit handelte, wurde ihr in bestimmter Form aufgegeben, sich mit dem von uns ausgestellten Aufnahmeschein sofort ins Krankenhaus zu begeben. Dieser Aufforderung ist sie nicht nachgekommen. Vielmehr erfuhren wir durch ein Vorstandsmitglied, daß es sich um ein moralisch verkommenes Frauenzimmer handele, die ihr ausschweifendes Leben trotz der Geschlechtskrankheit fortsetzte. Der Vorstand erachtete dann die Angelegenheit für erledigt. Bei Durchsicht der Krankenhausrechnung Anfang Januar 1921 ersahen wir, daß das Mitglied seit dem 23. 12. 20 im Krankenhause aufgenommen war, und zwar auf Veranlassung der Ortspolizeibehörde (Verwaltungsamt). Wir lehnten daraufhin die Zahlung der für die Unterbringung im Krankenhaus entstandenen Kosten ab, weil das Mitglied unserer derzeitigen Aufforderung nicht gefolgt und die Aufnahme nicht auf unsere Veranlassung erfolgt war. Des weiteren hatte das Mitglied seine Beschäftigung am 5. 12. 20 aufgegeben und sich seitdem im Elternhause aufgehalten. Nachdem am 10. 3. 21 die Entlassung aus dem Krankenhause erfolgte, verlangte das Verwaltungsamt von uns Erstattung der entstandenen Kosten in Höhe von 1164 *M*. Der Vorstand lehnt Erstattung der vollen Kosten ab und gesteht nur Erstattung der sich aus dem 5. Buche RVO. ergebenden Ansprüche zu. Wir erbitten Ihre Ansicht darüber, in welcher Höhe wir rechtlich zur Erstattung verpflichtet sind. Ist für die Beurteilung dieses Falles § 184 RVO. maßgebend, oder kommt hierbei § 437 a. a. O. in Frage, da es sich um Dienstboten handelte und die Voraussetzungen des § 437 unserer Anordnung am 27. 10. 1920 vorlagen?

Antwort: § 437 RVO. kommt im vorliegenden Falle nicht in Betracht, da weder der Dienstberechtigte noch der Dienstbote einen Antrag auf Gewährung erweiterter Krankenpflege gestellt hat; wenn die Versicherte zwar eine Bescheinigung über die Notwendigkeit der Aufnahme in ein Krankenhaus vorlegte, sich aber dieser Aufnahme sofort entzog, so kann nur angenommen werden, daß die Gewährung von Krankenhauspflege, die doch den Inhalt der „erweiterten Krankenpflege" bildet (§ 429), ihren Wünschen nicht entsprach. Der Fall ist also nach § 184 RVO. zu beurteilen, und danach rechtfertigt sich zunächst jedenfalls die Abweisung jedes Erstattungsanspruchs für die Zeit bis zum 22. 12. 1920 auf Grund des ablehnenden Verhaltens der Versicherten gegenüber der Krankenhauseinweisung durch die Kasse, wodurch die Versicherte für die Dauer dieses Verhaltens jedes Anspruchs auf Kassenleistungen verlustig geworden ist (zu vgl. Entsch. des RVA. in ArbVers. 1917 S. 183). Aber auch für die Zeit nach dem 22. 12. 20 erscheint eine Erstattungspflicht der Kasse nicht begründet. Aus den Vorschriften im 5. Buche der RVO. kann sie nicht hergeleitet werden, weil die Versicherte nicht, wie die §§ 1531 ff. voraussetzen, im Wege der Armenpflege in das Krankenhaus aufgenommen worden ist, sondern „auf Veranlassung der Ortspolizeibehörde", die doch wohl nur wegen der in dem Verhalten der Versicherten liegenden Gefahr für die Allgemeinheit die Unterbringung im Krankenhause bewirkt und dadurch einen Anspruch auf Ersatz ihrer Aufwendungen gegen die Kasse nicht erworben hat (zu vgl. Entsch. des Reichsger. in ArbVers. 1918 S. 227 und 369).

Bezahlung naturärztlicher Behandlung durch die Kasse?

4. **Nach Sagan.** Frage: In einer Ortschaft, wo der nächste Arzt 8 Kilometer entfernt wohnt, hat sich ein Naturheilkundiger niedergelassen, der großen Zuspruch aus der ganzen Gegend hat. Tagtäglich gehen bei uns Ersuchen um Zulassung dieses Mannes zur Heilbehandlung ein. Weil wir die Überweisung ablehnten, schweben schon verschiedene Streitsachen bei der Versicherungsbehörde. Wir haben den Eindruck, daß es sich hier um einen äußerst gewissenhaften und scheinbar erfahrenen Mann handelt, der sich bei Behandlung unserer Mitglieder die größte Mühe gibt. Wenn wir auch direkt Überweisungen an ihn wegen des Ärztevertrages nicht vornehmen können, stehen wir auf dem Standpunkt, daß wir Anträgen unserer Versicherten, die nach gut beendeter Kur unter Einreichung der Rechnungen eine Beihilfe nachsuchen, entsprechen können. Wir bitten hierüber um Aufklärung.

Antwort: Die §§ 122, 123 RVO. bestimmen, unter welchen Voraussetzungen und wieweit ärztliche Hilfe von anderen Personen als von approbierten Ärzten geleistet werden kann. Sind diese Voraussetzungen nicht gegeben, so gilt die Heilbehandlung nicht als „ärztliche Behandlung" im Sinne des § 182 RVO. Die Behandlung durch den Naturheilkundigen ist daher keine gesetz- oder satzungsmäßige Leistung, für welche die Mittel der Kasse verwendet werden dürften (§ 363 Abs. 1 RVO.), auch dann nicht, wenn die Behandlung Erfolg gehabt hat — was sich übrigens der Prüfung der Kasse entzieht; denn die Besserung oder Genesung wird nicht selten durch die innere Heilkraft der Natur des Kranken auch ohne die Behandlung durch den Naturheilkundigen (und mitunter vielleicht trotz dieser Behandlung!) eingetreten sein. Eine andere Handhabung der Sache durch die Kasse würde überdies auch der skrupellosen Kurpfuscherei Vorschub leisten, der die §§ 122, 123 RVO. entgegenwirken sollen. — Zu vgl. auch Hahn, Anm. 4a zu § 182 RVO.

Bedeutung einer Wartezeit für Familienhilfe.

5. **Nach W.** Antwort: Wenn die Satzung über die Familienhilfe bestimmt, daß der Anspruch auf Krankenpflege für Angehörige der Versicherten erst nach mindestens sechswöchiger Mitgliedschaft beginnt, so bedeutet das, entsprechend dem § 206 Abs. 1 RVO., daß ein Anspruch nicht entsteht, wenn der

Digitized by Google

Versicherungsfall vor Ablauf dieser Wartefrist eingetreten ist. Der Anspruch ist in solchem Fall auch für die Zeit nach Ablauf der Wartefrist ausgeschlossen (zu vgl. Hahn, Anm. 2 zu § 207 RVO. und Entsch. des RVA. 2225 Amtl. Nachr. 1916 S. 578). Der Versicherungsfall aber ist nicht erst mit der Inanspruchnahme einer Leistung und anderseits auch nicht schon mit der Erkrankung im medizinischen Sinne, sondern mit dem Eintritt des Bedürfnisses ärztlicher Behandlung oder eines Heilmittels entstanden. Nur wenn dies Bedürfnis schon vor Ablauf der sechs Wochen bestanden hat, ist der Anspruch abzulehnen, wenngleich die erste Arznei erst nach den sechs Wochen verordnet oder ohne Verordnung angewendet worden ist.

Kassenzugehörigkeit der Dienstmädchen, Köchinnen usw. in einem Krankenhause.

6. **Nach Wohlau.** Antwort: Personen, die in einem nicht auf Erwerb gerichteten Krankenhausbetriebe (was z. B. bei Kommunalkrankenhäusern und Wohltätigkeitsanstalten der Regel nach zutreffen wird) mit hauswirtschaftlichen Verrichtungen beschäftigt sind, sind nach der Entsch. des RVA. 2056 (Amtl. Nachr. 1915 S. 594, ArbVers. 1915 S. 537) als Dienstboten bei der Landkrankenkasse versichert (zu vgl. aber auch ArbVers. 1914 S. 770, 1915 S. 494, 660). Ist aber der Betrieb auf Erwerb gerichtet, so sind jene Personen, als Gewerbegehilfen, Mitglieder der Ortskrankenkasse.

Voraussetzung eines neuen Anspruchs eines Ausgesteuerten auf Krankenhilfe.

7. **Nach Hohenhausen.** Antwort: Das Gesetz sieht nicht eine bestimmte „Wartezeit" vor, nach deren Ablauf der wegen Krankheit Ausgesteuerte einen neuen Anspruch auf Heilbehandlung oder Krankengeld erwirbt; sondern er erlangt einen solchen Anspruch nur beim Eintritt eines neuen Versicherungsfalls, das heißt: wenn eine Zeitlang weder das Bedürfnis einer Heilbehandlung noch Arbeitsunfähigkeit bestanden hat, dann aber eine dieser beiden Voraussetzungen von neuem eintritt (zu vgl. ArbVers. 1920 S. 427). Es ist dabei ohne Belang, wie lange die Versicherte weder behandlungsbedürftig noch arbeitsunfähig war. Ebenso ist es gleichgültig, ob der neue Versicherungsfall auf eine neue oder auf die gleiche nicht gehobene Krankheitsursache zurückzuführen ist; nur tritt im letzteren Falle unter den Voraussetzungen des § 188 RVO. die dort bestimmte Beschränkung des Anspruchs ein.

Muß die Krankenkasse ihren Entscheidungen eine Rechtsmittelbelehrung beifügen?

8. **Nach K.** Antwort: Es ist zunächst von vornherein klar, daß eine landesrechtliche Vollzugsvorschrift zum Verwaltungsgerichtsgesetze vom Jahre 1901 keinen Bezug haben kann auf eine Frage, die in der zehn Jahre später erlassenen Reichsversicherungsordnung für ihren Bereich besonders geregelt ist. Inwieweit in Bescheiden und Urteilen eine Belehrung über deren Bedeutung, über Rechtskraft, Rechtsmittel und Rechtsmittelfrist zu erteilen ist, bestimmen die §§ 1583, 1607, 1631, 1692, 1734 RVO. und für die Versicherungsämter der § 33 der Verordnung über das Verfahren vom 24. 12. 11 (RGBl. 1107). Alle diese Vorschriften betreffen nur das Verfahren der Versicherungsbehörden und darüber hinaus nur gewisse Bescheide der Träger der Unfall- und der Invalidenversicherung — nicht auch der Krankenkassen, obwohl das Gesetz im § 1791 von „Entscheidungen" der Versicherungsträger auch in Sachen der Krankenversicherung spricht und gegen diese Entscheidungen das Rechtsmittel der Beschwerde vorsieht. Ein gesetzliches Gebot, ihren Entscheidungen eine Rechtsmittelbelehrung anzufügen, besteht also für die Kasse überhaupt nicht, und die Aufsichtsbehörde kann die Kasse auch nicht durch eine allgemeine Anordnung dazu verpflichten (zu vgl. § 30 RVO.). Es kommt hinzu, daß es in manchen Fällen recht zweifelhaft ist, ob die Entschließung einer Krankenkasse eine mittels Beschwerde anfechtbare „Entscheidung" darstellt (zu vgl. Hahn in MonSchr. f. Arb. u. AngestVers. 1915 Sp. 37 ff.; Sonderhoff das. Sp. 618 ff.; Lehmann das. 1918 Sp. 161 ff.), und daß es daher nicht immer unbedenklich sein würde, die Kasse zu einer Rechtsbelehrung über diesen Punkt zu verpflichten. Sicher ist, daß die Ablehnung eines Anspruchs auf Kassenleistungen und die Anforderung von Beiträgen keine „Entscheidung" im Sinne des § 1791 RVO. darstellt (Hahn aaO. Sp. 40, 41) und daß es in diesen Fällen durchaus genügt, wenn die Kasse den Beteiligten schriftlich oder mündlich darauf hinweist, daß er das Versicherungsamt anrufen könne. In anderen Fällen (z. B. §§ 175, 418, 445, 529, 531 Abs. 2) ist ebenso sicher, daß es sich um eine mittels Beschwerde anfechtbare Entscheidung des Kassenvorstandes handelt, und in diesen Fällen mag es sachgemäß, wenngleich nicht geboten erscheinen, daß dem schriftlichen Bescheide ein Hinweis auf die §§ 128, 129 RVO. hinzugefügt wird.

Anspruch auf Erstattung zu Unrecht gewährter Leistungen.

9. **Nach Königsberg i. Pr.** Frage: Einem früheren Mitglied hat unsere Kasse irrtümlich Familienhilfe nach ihrer Satzung, nämlich freie ärztliche Behandlung und freie Arzneien für die Kinder, gewährt. Dadurch sind für Arzthonorar 20 ℳ und für Arzneien 40,05 ℳ Kosten entstanden. Für die Leistungen zuständig war jedoch die hiesige Allgemeine Ortskrankenkasse, wie sich später herausgestellt hat. Diese hat jedoch nur 20 ℳ für Arzthonorar erstattet und weigert sich, die Arzneikosten mit zu übernehmen, da nach ihrer Satzung nur freier Arzt, nicht aber auch freie Medikamente an Familienangehörige gewährt werden. Ist diese Stellungnahme der Allgemeinen Ortskrankenkasse gerechtfertigt?

Antwort: Ja! Maßgebend für den Umfang der Verpflichtung der Kasse ist deren Satzung. Die Kasse braucht also nicht eine Leistung zu ersetzen, zu deren Gewährung sie nicht verpflichtet war. Der Anspruch geht immer nur auf die Bereicherung, d. h. auf Erstattung desjenigen, was die leistungspflichtige Kasse durch die Leistung der andern erspart hat (vgl. Hoffmann in der ArbVers. 1916 S. 3 unter Ziff. 2).

a) Lohnstufe, Krankengeld und Beiträge, wenn nur an bestimmten Tagen der Woche gearbeitet wird. b) Voraussetzung der Wochenfürsorge, wenn der Ehemann im Vorjahre gestorben ist (§ 17 Abs. 2 Wochenhilfegesetz).

10. **Nach Striegau.** Antwort: a) Krankengeld wird nach § 182 Ziff. 2 RVO. nur für jeden Arbeitstag gezahlt. Für Versicherte, die nur an drei (oder vier) bestimmten Tagen der Woche zu arbeiten haben, können nur diese Tage als Arbeitstage gelten; sie haben also nur für diese Tage Anspruch auf

Digitized by Google

Krankengeld. Die Lohnstufe für die Bemessung des Krankengeldes ist, wenn der Lohn für den einzelnen Tag fest bestimmt ist, nach diesem Lohnbetrage festzustellen, und danach sind auch die Beiträge zu bemessen. Erhoben aber werden die Beiträge nur für Arbeitstage. So wenigstens hat das Reichsversicherungsamt wiederholt entschieden (ArbVers. 1916 S. 611).

b) Der Anspruch auf Wochenfürsorge setzt nach § 17 des Wochenhilfegesetzes voraus, daß das Gesamteinkommen der Eheleute im Jahre oder Steuerjahre vor der Entbindung den Betrag von 4000 ℳ nicht überstiegen hat. Danach ist es nicht gerechtfertigt, nur das Einkommen der Wöchnerin in Betracht zu ziehen, weil der Ehemann im Laufe des bezeichneten Jahres gestorben ist; vielmehr ist das Einkommen, das er in diesem Jahre bis zu seinem Tode tatsächlich bezogen hat, mit dem von der Ehefrau für das ganze Jahr bezogenen Einkommen zusammenzurechnen.

Längste Dauer der Krankenhilfe ist ein Jahr (§§ 183, 187 Ziff. 1 RVO.).

11. **Nach Hermülheim.** Frage: Unsere Kasse hat den Anspruch auf Krankenhilfe nach § 187 Ziff. 1 RVO. erweitert, indem Krankenpflege für 52 Wochen gewährt wird. Wird der Fristlauf des § 183 für Beginn und Ende des Krankengeldbezuges von dieser Bestimmung in der Weise berührt, daß Krankengeld auch dann noch, und zwar für 26 Wochen, zu zahlen ist, wenn die Arbeitsunfähigkeit erst nach Ablauf der 26. Woche nach dem Beginn der Krankenpflege eintritt, oder hat die Erweiterung der Krankenpflege auf den Lauf des Krankengeldbezuges keinen Einfluß? Hahn scheint diese Frage in Anm. 2 b zu § 183 zu bejahen. Wie wäre diese Ansicht mit § 187, wonach die Krankenpflege bis auf (längstens) ein Jahr erweitert werden kann, in Einklang zu bringen?

Antwort: Die angeführte Bemerkung im Handb. der KrVers. von Hahn lautet: „Ist durch die Satzung die Dauer der Krankenhilfe nach § 187 Ziff. 1 auf mehr als 26 Wochen erweitert, so findet Abs. 1 Satz 1 (des § 183) auf die längere Dauer entsprechende Anwendung." Das würde bei strikter Anwendung für den vorliegenden Fall allerdings bedeuten, daß die Krankenhilfe spätestens mit Ablauf der zweiundfünfzigsten Woche nach Beginn der Krankheit, jedoch bei erst später einsetzendem Krankengeldbezuge noch später endet. Aber es kann ja eben im Falle des § 187 Ziff. 1 nur von entsprechender Anwendung, also von solcher die Rede sein, die auch die im § 187 Ziff. 1 gezogene Schranke berücksichtigt. Danach kann die Krankenhilfe in keinem Falle länger als ein Jahr dauern.

Voraussetzungen der Versicherungsfreiheit nach § 9 AngestVersGes.

12. **Nach Hameln.** Antwort: Solange die Dienstordnung, die den Kassenangestellten Anwartschaft auf Ruhegehalt zubilligt, noch nicht genehmigt ist, gilt sie nicht, und es ist daher so lange die Voraussetzung für Versicherungsfreiheit nach § 9 AngestVersGes. keinesfalls gegeben. Aber auch mit der Genehmigung wird die Versicherungsfreiheit nicht ohne weiteres wirksam, sondern es ist dazu erst noch die im Abs. 3 des § 9 vorgesehene Entscheidung der obersten Verwaltungsbehörde erforderlich. Spricht diese (der Minister) die Versicherungsfreiheit mit rückwirkender Kraft aus, so können die für die Zwischenzeit entrichteten Beiträge nach § 213 AngestVersGes. zurückgefordert werden (Entsch. des ObSchGer. v. 25. 11. 20 — P. 187/20 — „Angestelltenversicherung" 1921 S. 70). — Für die versicherungspflichtigen Angestellten hat die Kasse selbstverständlich die Beiträge nicht bloß bis zur Erfüllung der Wartezeit, sondern so lange zu zahlen, wie die Versicherungspflicht besteht, und diese entfällt erst mit der Beendigung der versicherungspflichtigen Beschäftigung.

a) Wartezeit für einzelne Mehrleistungen der Kasse (§ 208 RVO.); b) Bestimmung einer Wartezeit (§ 208) kann auf Hausgewerbtreibende beschränkt sein.

13. **Nach N.** Antwort: a) Nach § 208 RVO. kann die Satzung bestimmen, daß der Anspruch auf Mehrleistungen erst nach einer Wartezeit von höchstens sechs Monaten nach dem Beitritt entsteht. Diese Fassung gibt dem Ermessen der Kasse in dem bezeichneten Rahmen freien Spielraum und rechtfertigt nicht die Annahme, daß die Wartezeit nur für alle Mehrleistungen, welche die Satzung überhaupt vorsieht, eingeführt werden könne. Es steht also nichts entgegen, eine Wartezeit zwar hinsichtlich der allgemeinen Zubilligung von Krankengeld für Sonn- und Feiertage (§ 191 Abs. 1 RVO.), nicht aber für das Taschengeld (§ 194 Ziff. 2) und für die Familienhilfe (§ 205) zu bestimmen.

b) Die Vorschriften der RVO. über die hausgewerbliche Krankenversicherung sind durch § 3 Abs. 1 des Ges. v. 4. 8. 14 (RGBl. S. 337, ArbVers. S. 569) außer Kraft gesetzt und gelten so lange nicht, bis der Bundesrat — jetzt der Reichsrat — dies Gesetz aufhebt (§ 4 des Ges.; zu vgl. auch Schreiben des Reichsarbeitsministers an das RVA. v. 25. 8. 20 — II E. 850. 14). Wo gegenwärtig eine Regelung der hausgewerblichen Krankenversicherung besteht, kann sie nur auf Grund des § 3 Abs. 2 des erwähnten Gesetzes durch Ortsstatut mit Genehmigung des Oberversicherungsamts erfolgt sein. Durch diese Vorschriften hat der Gesetzgeber — wie es in den Gründen einer Entsch. des RVA. v. 27. 5. 16, Entsch. u. Mitt. Bd. 6 S. 143, 145 heißt — „die Hausgewerbtreibenden ganz außerhalb des Rahmens des Zweiten Buches der RVO" gestellt. Das Oberversicherungsamt prüft den ganzen Inhalt der Regelung unter rechtlichen und versicherungstechnischen Gesichtspunkten und entscheidet danach über die Zulassung (zu vgl. Erl. des preuß. Handelsmin. v. 9. 10. 15 in ArbVers. 1915 S. 754). Die Eigenart des Hausgewerbes im allgemeinen und der besonderen örtlichen Verhältnisse kann in verschiedenen Richtungen eine von der allgemeinen Kassensatzung abweichende Regelung bedingen, insbesondere auch durch abweichende Bestimmungen über Leistungen und Beiträge, wie es ja schon die RVO. in den §§ 480 ff. vorsah. Danach braucht das Ortsstatut keineswegs die Mehrleistungen, welche die allgemeine Satzung vorsieht, auch für die Hausgewerbtreibenden vorzusehen und ebenso ist es folglich nicht unzulässig, daß für Mehrleistungen an Hausgewerbtreibende eine Wartezeit (§ 208 RVO.) bestimmt ist, während die Satzung für andere Kassenmitglieder eine solche nicht vorsieht.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Str. 12.
Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., in Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitt, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. OberReg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

Heft 1325 der ganzen Folge.

38. Jahrgang | 11. August 1921 | Heft 23

Die neue Änderung des Wochenhilfegesetzes.

Von Regierungsdirektor Dr. Sonderhoff in Hamburg.

Wiederum sind die gesetzlichen Bestimmungen über die Wochenhilfe geändert worden. Durch die Novelle vom 30. April 1920 hatte das Gesetz über Wochenhilfe und Wochenfürsorge vom 26. September 1919 die im RGBl. S. 1069 von 1920 veröffentlichte Fassung erhalten. Jene Novelle hatte die Aufgabe, die vielen Unstimmigkeiten und Zweifel zu beseitigen, die das Gesetz vom 26. September 1919 aufwies. Die Praxis wird anerkennen, daß die Novelle ihren Zweck im wesentlichen erfüllt und einen klaren Rechtszustand in diesem nicht ganz einfachen Rechtsgebiet geschaffen hat. Diesmal sind es nicht also wieder Mängel der Gesetzgebung, sondern die wirtschaftlichen Nöte des Volkes, die eine Änderung des Gesetzes zur Erhöhung der Wochenhilfeleistungen erzwungen haben.

Die reißend zunehmende Zerrüttung der Staatsfinanzen, die unwirtschaftliche Verwaltung des Staates, die Aussaugung Deutschlands durch die wirtschaftsstärkeren westlichen Länder und die damit zusammenhängende ungeheure Vermehrung des Papiergeldes haben trotz der unleugbar zunehmenden Gesundung und Stärkung der volkswirtschaftlichen Produktivkraft das deutsche Geld inzwischen so stark entwertet, daß seine Kaufkraft auf dem inneren Markt seit Mitte des Jahres 1919, in welchem die Geldleistungen der Wochenhife in der Höhe der bis jetzt geltenden Beträge normiert wurden, nur noch ein Drittel der damaligen schon so tief gesunkenen Kaufkraft im Inlande beträgt. An eine wesentliche Besserung ist in absehbarer Zeit nicht zu denken. Eine Stabilisierung der heutigen Geldwerte ist das höchste, was wir zu hoffen wagen können. Die Geldleistungen der Wochenhilfe zu erhöhen, war daher dringendstes Gebot, wenn der Staat überhaupt für die Wöchnerinnen der minderbemittelten Bevölkerungskreise durch geldliche Hilfe noch zur Pflege und Stärkung von Mutter und Kind beitragen wollte. In dieser Erkenntnis hat daher der Reichstag bereits in einer Entschließung vom 25. Februar 1921 (Stenogr. Ber. S. 2512 D) die Reichsregierung ersucht, „unverzüglich einen Gesetzentwurf, der die Leistungen der Reichswochenhilfe in einer der gegenwärtigen Geldentwertung entsprechenden Weise erhöht, vorzulegen, mindestens aber so zeitig, daß er noch in dieser Tagungsperiode verabschiedet werden kann".

Wie auf allen anderen Gebieten der deutschen Sozialpolitik nach dem Kriege, so stand aber auch in diesem, ihrem wichtigsten Zweige, dem drängenden Wollen und der klaren Einsicht die finanzielle Not des Reiches und der Fürsorgeverbände hemmend im Wege. So waren nicht nur die Regierung des Reiches, sondern auch die Krankenkassen von der Sorge erfüllt, ob ihre Finanzen eine weitere stärkere Belastung durch eine dem Sinken des Geldwertes voll entsprechende

Digitized by Google

Erhöhung der geldlichen Wochenhilfeleistungen bei allen den weiteren Steigerungen ihrer Lasten noch tragen könnten. Für die Kassen fiel besonders die automatische Erhöhung der Wochengeldbeträge der selbstversicherten Wöchnerinnen durch die starke Heraufsetzung der Grundlöhne im Jahre 1920 und die außerordentliche Steigerung der Arztkosten und der Kosten für Arzneien und Heilmittel ins Gewicht, sowie die Notwendigkeit, auch die Familienkrankenhilfe weiter auszubauen. So ist es zu verstehen, daß die Erhöhungen, welche die Reichsregierung in ihrem Entwurf vorschlug, den sie am 27. Juni dem Reichstage vorlegte (Reichstagsdrucksache Nr. 2342/1920/21), hinter den Erwartungen und der Forderung einer vollen Anpassung der Geldleistungen an den gesunkenen Geldwert weit zurückblieben. Der Entbindungskostenbeitrag sollte zwar von 50 auf 100 M. und das Stillgeld für alle Gruppen von Wöchnerinnen von 75 Pfg. auf 1.50 M. täglich heraufgesetzt werden, die Hauptleistung aber, das Wochengeld, sollte für die Familienangehörigen und für die Minderbemittelten nicht erhöht werden. Lediglich der Mindestbetrag des Wochengeldes für die selbstversicherten Wöchnerinnen war auf 3 M. heraufgesetzt. Da aber das Wochengeld dieser Gruppe sich nach den wesentlichen Grundlöhnen richtet und das Versicherungswochengeld regelmäßig den Mindestbetrag beträchtlich übersteigt, wie auch die Begründung (S. 5) hervorhebt, so kommt diese Erhöhung praktisch nur in seltenen Fällen in Betracht. Der Grenzbetrag von 25 M. für die Kosten von Hebammen- oder Arzthilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden sollte unverändert bleiben, weil die Regierung angesichts der Notwendigkeit, nur den dringlichsten Bedürfnissen zu entsprechen, dieser Leistung geringe Bedeutung beimaß. Von einer Erhöhung des Wochengeldes für die Familienangehörigen und Minderbemittelten glaubte die Regierung deshalb absehen zu können, weil der Hauptzweck des Wochengeldes in dem Ersatz des Lohnausfalls während des Wochenbettes liege und diese Gruppen Lohnarbeit nicht verrichteten, also keinen Lohnausfall hätten. Bei ihnen habe das Wochengeld nur die Bedeutung eines Zuschusses zur Ernährung und Kräftigung der Wöchnerin, dessen Erhöhung nicht unbedingt geboten sei (Begr. S. 7 und 8). In einem weiteren wichtigen Punkte aber brachte der Entwurf noch eine beträchtliche Erweiterung der Wochenfürsorge, indem die Jahres-Einkommensgrenze für den Anspruch der minderbemittelten Wöchnerinnen von 4000 M. auf 8000 M. für alleinstehende und 10 000 M. für verheiratete Wöchnerinnen heraufgesetzt wurde. Den aus diesen Erhöhungen sich ergebenden Mehraufwand schätzte die Regierung auf insgesamt 125¼ Million M. jährlich, von denen 54 Millionen M. für die Mehrausgaben der Kassen und 71¼ Millionen M. für den Mehraufwand des Reiches gerechnet sind.

In einer interfraktionellen Besprechung und in dem Ausschuß des Reichstages für soziale Angelegenheiten, dem der Entwurf zur Berichterstattung überwiesen wurde, stellten sich jedoch die Vertreter sämtlicher Fraktionen auf den Standpunkt, daß trotz der großen Mehrbelastung des Reiches und der Kassen auch die Schwangerschaftsbeihilfe und vor allem das Wochengeld für Familienangehörige und Minderbemittelte verdoppelt werden müßten. Es wurde nicht anerkannt, daß das Wochengeld bei diesen Gruppen nur nebensächlich den Charakter eines Pflegezuschusses habe, vielmehr sei die Ernährung und Kräftigung der Wöchnerinnen der Hauptzweck und man müsse daher auch diesen Wöchnerinnen ein Wochengeld geben, das ihnen die Möglichkeit gäbe, etwas für ihre Kräftigung zu tun. Der Vertreter des Reichsarbeitsministeriums berief sich demgegenüber auf die Entstehungsgeschichte des Wochengeldes, das ja unzweifelhaft in die Krankenversicherung eingeführt ist, um ebenso wie im Falle der Krankheit der Lohnarbeiterin im Wochenbett einen Ersatz für ihren Lohnausfall zu geben. Der Vertreter des Reichsfinanzministeriums wies auf die Finanzlage des Reiches hin. Nach den in der Begründung mitgeteilten Rechnungs-

Digitized by Google

grundlagen schätzt der Verfasser die Mehraufwendungen für die Erhöhung des Wochengeldes von 1,50 auf 3 M. für die Familienangehörigen und für die Minderbemittelten insgesamt auf 128 Millionen M. im Jahr, wovon 80 Millionen auf das Reich und 48 Millionen auf die Kassen entfallen. Der Reichstag hat sich aber trotzdem den Vorschlägen des Ausschusses angeschlossen und somit nicht nur den Entbindungskostenbeitrag und das Stillgeld, sondern auch die Beihilfe für die Schwangerschaftsbeihilfe und das Wochengeld für die Familienangehörigen der Versicherten und die minderbemittelten Wöchnerinnen verdoppelt. Im einzelnen bringt die Novelle aber noch manche bedeutungsvollen Änderungen und Neuerungen, die an Hand der Gesetzesmaterialien möglichst in der Folge der gesetzlichen Bestimmungen dargelegt werden sollen.

Artikel I, Nr. 1 und 2. — Die Eingangsworte des § 195 a RVO. sind geändert, indem an die Stelle des Wortes: „Wöchnerinnen" der Ausdruck: „Weibliche Versicherte" gesetzt ist. Diese Änderung entspringt nur dem Bestreben nach genauerer Formulierung. Scharfe Wortkritiker haben bekanntlich Anstoß an dem Ausdruck „Wöchnerinnen" genommen, der an sich nicht erkennen läßt, daß der Anspruch auf Wochenhilfe durch die Kassenmitgliedschaft und deren Bestand zur Zeit der Entbindung bedingt ist, soweit nicht die Reichsversicherungsordnung ausdrücklich etwas anderes, wie im Fall des § 214, bestimmt. Wenn auch die Grundsätze des Versicherungsrechtes darüber keinen Zweifel aufkommen lassen sollten, so hat man jetzt doch den treffenderen Ausdruck gewählt, wobei auch die Erwägung von Einfluß war, daß man es bei der Schwangerschaftshilfe noch nicht mit einer Wöchnerin zu tun hat.

Hier ist auch ein im Ausschuß gestellter, zu einer anderen Änderung führender Antrag zu erörtern, die weiteren Worte im Eingang des § 195 a so zu ändern, daß alle weiblichen Ersatzkassenmitglieder die gesetzliche Wochenhilfe erhalten sollten. Dies sollte durch Streichung des Wortes „oder" hinter dem Wort „Reichsversicherung" und Einschaltung der Worte „oder Ersatzkasse" hinter „knappschaftlichen Krankenkasse" erreicht werden. Damit würden die Ersatzkassen folgerichtig auch den Familienangehörigen ihrer nichtversicherungspflichtigen Mitglieder die Familienwochenhilfe gewähren und demgemäß auch für diese Anspruch auf Ersatz der halben Aufwendungen aus der Reichskasse erhalten müssen. Daher war im Zusammenhang damit ferner beantragt, den § 205 a Abs. 1 Ziff. 3 entsprechend zu ändern. Diesen Anträgen trat der Vertreter des Reichsarbeitsministeriums jedoch entgegen, weil die nichtversicherungspflichtigen Mitglieder der Ersatzkassen außerhalb der Reichsversicherung ständen, die Satzungen der Ersatzkassen beliebige Personenkreise einbeziehen könnten und daher diesen Versicherten die Vergünstigungen des Reichsgesetzes nicht zuteil werden könnten. Daraufhin wurde ein Ergänzungsantrag gestellt, wonach die Vergünstigung nur den Mitgliedern gewährt werden sollte, die zur freiwilligen Versicherung oder Weiterversicherung bei einer reichsgesetzlichen Krankenkasse berechtigt sind. Dieser Antrag wurde zwar ebenfalls von dem Regierungsvertreter mit technischen Bedenken bekämpft, er gelangte aber im Ausschuß zur Annahme in der Form, daß dem § 205 a Abs. 6 ein neuer Abs. 7 angehängt werden sollte, nach dem die Vorschriften über die Familienwochenhilfe „auch für Mitglieder einer Ersatzkasse gelten, die zur freiwilligen Versicherung oder Weiterversicherung bei einer Krankenkasse nach der Reichsversicherungsordnung berechtigt sind". In der zweiten Lesung des Gesetzes im Reichstag wurde diese Vorschrift durch einen anderen Antrag wesentlich eingeschränkt, nach dem die Familienangehörigen der nichtversicherungspflichtigen Ersatzkassenmitglieder die Wochenhilfe nach diesem Gesetz dann erhalten sollen, wenn die Mitglieder „beim Ausscheiden aus der Versicherungspflicht zur Weiterversicherung bei einer Krankenkasse oder knappschaftlichen Krankenkasse (§§ 313, 314, 500 RVO.) berechtigt gewesen sein würden und seitdem der

Digitized by Google

Ersatzkasse ununterbrochen angehört haben". Diese Bestimmung ist als eine selbständige Vorschrift am Schlusse der Vorschriften über die Familienwochenhilfe unter Art. I Ziff. 7 Gesetz geworden. Danach sind also nunmehr die Ersatzkassen gesetzlich verpflichtet, ihren Mitgliedern, die sich nach dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht ununterbrochen bei ihrer Kasse weiterversichert haben, die Familienwochenhilfe zu gewähren mit der Folge, daß die Ersatzkassen dafür auch nach § 205 d Ersatz vom Reiche erhalten.

Eine außerordentlich weittragende Erweiterung der Leistungen, deren praktische Durchführung freilich noch in weitem Felde stehen dürfte, hat der Reichstag mit der Änderung der Ziff. 1 des § 195 a Ziff. 1 beschlossen. Der Entwurf der Regierung hatte den Entbindungskostenbeitrag verdoppeln, im übrigen es aber dabei belassen wollen, daß es nach § 195 c den Kassen überlassen bleibt, nach ihrem Ermessen und nach Lage der Verhältnisse an Stelle der Geldbeihilfe freie Behandlung durch Hebamme und Arzt sowie die erforderliche Arznei zu gewähren. Bei der interfraktionellen Besprechung der Schwangerschaftsbeihilfe trat der Gedanke hervor, die Geldbeihilfe ganz zu beseitigen und durch die Pflicht zur unentgeltlichen Gewährung der erforderlichen ärztlichen Behandlung bei Schwangerschaftsbeschwerden sowohl wie bei der Entbindung zu ersetzen. Trotz der von der Regierung erhobenen Bedenken wurde ein entsprechender Antrag im Ausschuß gestellt. Bei der Beratung erkannte der Vertreter des Reichsarbeitsministeriums an, daß die unmittelbare Gewährung der Arzthilfe der Geldbeihilfe vorzuziehen sei. Durch solche Erweiterung der Kassenleistungen, die diese Behandlungen der freien ärztlichen Praxis entziehe, könnten aber leicht neue Konflikte zwischen den Ärzten und Krankenkassen heraufbeschworen werden. Es schwebten Verhandlungen, welche aller Voraussicht nach zu einer gesetzlichen Regelung der Beziehungen auf der Grundlage beiderseitigen Einverständnisses noch im Herbst führen würden. Diese Verhandlungen solle man nicht durch die Vorwegnahme dieses Punktes stören. Außerdem seien zu dessen Regelung ganz neue Verhandlungen mit den Ärzten nötig. Die Zubilligung freier Arztbehandlung könne auch dazu führen, daß an Stelle von Hebammen Ärzte in übermäßiger und unnötiger Weise zugezogen würden. Auch mehrere Abgeordnete teilten diese Sorgen, wobei die finanzielle Wirkung dieser Änderung anscheinend weniger bedacht wurde, als ihre praktische Durchführbarkeit. Das warme Herz trug über diese Bedenken den Sieg davon und so wurde der Antrag im Ausschuß angenommen, für alle Gruppen von Wöchnerinnen ärztliche Behandlung zu gewähren, falls solche bei der Entbindung oder bei Schwangerschaftsbeschwerden erforderlich wird. Da man aber doch an der alsbaldigen Durchführbarkeit der neuen Vorschrift zweifelte, so überließ man diese Sorgen der Regierung, indem man einen weiteren in einem angehängten Art. V es dem Reichsarbeitsminister übertrug, den Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Vorschrift zu bestimmen, mit der Maßgabe, daß bis dahin, wie bisher, nur die Geldbeihilfe für Hebammendienste und ärztliche Behandlung, falls sie bei Schwangerschaftsbeschwerden erforderlich werden, gewährt werden sollte. Mit dem Hinweis auf diese Hinausschiebung und die vorläufige Beibehaltung der Schwangerschaftsbeihilfe nach Art. V ist nunmehr die Pflicht zu unentgeltlicher Gewährung der notwendigen ärztlichen Behandlung bei der Entbindung wie bei Schwangerschaftsbeschwerden im § 195 a Abs. 1 Nr. 1 gesetzlich festgelegt. Neben der erforderlichen Arzthilfe bei der Entbindung ist aber dann nach Nr. 2 auch noch der Entbindungskostenbeitrag in der Höhe von 100 M. zu zahlen. Eine Entlastung der Kassen tritt also durch Gewährung freier ärztlicher Behandlung nicht ein, obschon bei den Verhandlungen nur von dem Ersatz der Geldleistung durch die Sachleistung die Rede war. Nur die Schwangerschaftsbeihilfe fällt daher fort. Es ist jedoch zu berücksichtigen, daß die Arzthilfe nur dann zu gewähren,

Digitized by Google

wenn sie geboten ist, d. h. also: wenn eine Hebamme die Hilfe nicht leisten kann oder die Geburt nicht ohne Hilfe des Arztes vollenden kann oder darf. Ist ärztliche Hilfe nicht erforderlich, so ist hiernach nur der Entbindungskostenbeitrag zu zahlen, gleichgültig, ob eine Hebamme oder ein Arzt bei der Geburt Hilfe leistete. Solange die neue Vorschrift nicht in Kraft gesetzt ist, bleibt der alte Rechtszustand bestehen, daß die Kasse bei Wöchnerinnen, die einen versicherungsrechtlichen Anspruch auf Krankenhilfe haben, freie ärztliche Behandlung, Arznei und Heilmittel nach ihrer Satzung zu gewähren haben, wenn es sich um eine „anormale Geburt" handelt. Für die Kassen, welche den Familienangehörigen satzungsgemäß Krankenpflege gewähren, ist die Änderung somit praktisch von geringer Bedeutung. Für das Reich fällt die Gewährung freier ärztlicher Behandlung an Minderbemittelte stärker ins Gewicht, während anderseits die Armenverwaltungen entsprechend entlastet werden. Die unentgeltliche ärztliche Beratung bei Schwangerschaftsbeschwerden wird aber voraussichtlich zu einer wesentlich stärkeren Inanspruchnahme der Ärzte führen, zumal die Schwangeren, die sich bei Beschwerden an Hebammen wenden, keinen Ersatz oder Zuschuß für die Dienste der Hebammen mehr erhalten werden. Neben dieser Vorschrift ist § 195 c bestehen geblieben. Die Kassen sind daher in der Lage, außer der nur im Falle der Notwendigkeit zu gewährenden Arzthilfe bei der Entbindung allgemein freie Hilfe durch Hebamme und Arzt sowie Arznei oder auch nur eine oder mehrere dieser Sachleistungen zu gewähren und dafür den Entbindungskostenbeitrag ganz bzw. zum Teil einzuziehen. Man wird danach annehmen können, daß die Kassen, welche grundsätzlich freie Hebammenhilfe und daneben bei notwendiger Arzthilfe auch diese sowie Arznei gewähren, dafür den Entbindungskostenbeitrag ganz in Wegfall bringen können. Ob sich dies für die Kassen beim Inkrafttreten der Nr. 1 empfiehlt, wird von der Höhe der Hebammengebühren und dem Ergebnis der darüber mit den Hebammen zu führenden Verhandlungen abhängen. Wenn die Hebammengebühren nicht infolge der Erhöhung des Entbindungskostenbeitrages auf 100 M. auf diese Höhe steigen, sondern noch beträchtlich niedriger gehalten werden können, mag es für die Kassen empfehlenswert sein, § 195 c zur Anwendung zu bringen.

In Nr. 3 ist der Mindestbetrag des Wochengeldes von 1½ auf 4½ ℳ heraufgesetzt. Der Entwurf hatte nur 3 ℳ vorgesehen. Die weitere Erhöhung wurde im Ausschuß beantragt und vorgenommen, nachdem der Regierungsvertreter diese Erhöhung des Mindestbetrages für die Selbstversicherten, die zu Lasten der Kassen geht, als nicht allzu bedenklich bezeichnet hatte. Praktisch wird diese Erhöhung ja nur für Versicherte mit niedrigeren Grundlöhnen als 9 Mark wirksam sein. Ganz bedeutungslos ist diese Erhöhung aber nicht, da bei unständigen und Nebenbeschäftigungen wie auch in der Hausarbeit zahlreiche weibliche Versicherte geringere Durchschnittslöhne haben.

Durch das Gesetz vom 26. September 1919 war bestimmt, daß 4 Wochen von der 10wöchigen Bezugszeit auf die Zeit vor der Niederkunft fallen müssen, damit der Wöchnerin sofort bei der Entbindung ⅔ der Gesamtbezüge, also ein größerer Geldbetrag, auf einmal ausgezahlt werden könnte. Die Regierung schlug demgegenüber vor, zu der alten Fassung in § 195 Abs. 1 RVO. zurückzukehren. Als Grund führte sie einmal an, daß die wöchentliche Zahlung doch besser den Unterhalt sichere, als die Auszahlung der großen Summe für 4 Wochen auf einmal. Wenn man diesen Grund auch kaum für durchschlagend halten kann, so ist doch die weitere Begründung anzuerkennen, daß bei der gegenwärtigen Festlegung der Bezugszeit selbstversicherte Wöchnerinnen, die in den 4 Wochen vor der Niederkunft arbeitsunfähig krank sind, benachteiligt werden, weil die Wöchnerin für diese Zeiten infolge der Zahlung des Krankengeldes den Anspruch auf Wochengeld verliere. Bei der älteren Fassung durfte in diesen Fällen das Wochengeld erst vom Tage der Niederkunft ab be-

Digitized by Google

rechnet werden, so daß vor der Entbindung Krankengeld und Wochengeld nicht zusammentreffen konnten. Dadurch wurde es aber der Kasse nicht verwehrt, in anderen Fällen bei Bedarf das Wochengeld schon für 4 Wochen vor der Entbindung zu berechnen und den 4wöchigen Betrag bei der Entbindung zu zahlen. Im Gegensatz zu diesem Regierungsvorschlage wurde im Ausschuß beantragt, den Kassen die Befugnis einzuräumen, den gesamten Betrag aller Geldleistungen der Wochenhilfe unmittelbar nach der Entbindung auf einmal zu zahlen mit der Begründung, daß durch die einmalige Zahlung die vielen wöchentlichen Buchungen und Nachweise überflüssig und dadurch die Verwaltungskosten wesentlich vermindert würden. Dieser Antrag fand jedoch nach dem Widerspruch des Regierungsvertreters mit Rücksicht auf die Möglichkeit des späteren Wegfalls des Bezugsrechtes und die Notwendigkeit der Stillkontrolle sowie aus dem Grunde keinen Anklang, weil die wöchentliche Zahlung die Wöchnerin vor unwirtschaftlichen Ausgaben bewahren und ihren Unterhalt für die ganzen 10 Wochen sichern soll. Der Ausschuß wollte in der Art der Berechnung der Bezugszeit dem Regierungsvorschlage folgen, also es den Kassen wieder überlassen, ob sie die Bezugszeit mit der Entbindung oder schon vor der Entbindung bis zu 4 Wochen vorher beginnen lassen. Auf alle Fälle wollte man aber der Wöchnerin den Betrag für 4 Wochen sofort bei der Entbindung zahlen. Zu diesem Zwecke ist der Nachsatz angefügt: „Das Wochengeld für die ersten 4 Wochen ist spätestens mit dem Tage der Entbindung fällig", wobei also das Wort „spätestens" darauf hinweist, daß bei einer Verlegung der Bezugszeit vor den Tag der Niederkunft nach dem Gedanken des Gesetzgebers das Wochengeld für die zurückliegenden Wochen bereits vorher fällig geworden ist. Daß praktisch eine Zahlung vor der Entbindung ausgeschlossen ist, ficht den Gesetzgeber nicht an. Die Kassen werden also nunmehr die Bezugszeit stets mit dem Tage der Entbindung beginnen lassen können und das Wochengeld für die ersten 4 Wochen sofort bei der Entbindung im voraus zahlen.

Der Regierungsentwurf hatte noch eine Neuerung bei der Wochengeldzahlung für die Selbstversicherten vorgesehen, indem das Wochengeld nur während der Zeit gezahlt werden sollte, in der die Wöchnerin nicht gegen Entgelt beschäftigt wird. Die Begründung (S. 6) machte sich die in der Praxis vielfach geäußerten Bedenken dagegen zu eigen, daß das Wochengeld auch dann gezahlt werden muß, wenn die Wöchnerin ihre Lohnarbeit vor Ablauf der 10wöchigen Bezugszeit wieder aufnimmt. Damit werde der Zweck des Wochengeldes, einen Ersatz für den Lohnausfall zu geben, hinfällig; außerdem werde die Absicht vereitelt, einer vorzeitigen Wiederaufnahme der Lohnarbeit vor Ablauf der Schutzzeit entgegenzuwirken; schließlich sei auch die Zahlung einer besonderen Beihilfe neben dem Lohnbezuge nicht erforderlich. Gegen diesen Vorschlag wandte sich aber im Ausschuß mit besonderem Nachdruck die Berichterstatterin, die behauptete, daß diese Vorschrift gerade die „Ärmsten der Armen" treffen würde, die „Mütter zahlreicher Kinder", welche durch die Not gezwungen seien, vor Ablauf des Wochengeldes wieder zu arbeiten. Nähme man ihr das Wochengeld, so nähme man ihr die Möglichkeit, etwas für ihren geschwächten Körper zu tun und ihren Säugling während ihrer Arbeit in andere Pflege zu geben. Trotzdem ein Vertreter des Reichsrats für diese im Reichsrat beschlossene Änderung eintrat, verfehlten diese rührenden Worte aus weiblichem Munde ihre Wirkung auf den Ausschuß nicht. Der Reichstag ist dem Ausschuß gefolgt und hat diese als „Verschlechterung" gescholtene Bestimmung des Entwurfs gestrichen.

In § 195a Nr. 2 der bisherigen Fassung war besonders hervorgehoben, daß das Wochengeld auch an den Sonn- und Feiertagen zu zahlen ist. Die darauf bezüglichen Worte „einschließlich der Sonn- und Feiertage" nach dem Wort „täglich" sind in der jetzigen Nr. 3 gestrichen, ohne daß damit

Digitized by Google

sachlich etwas geändert wird. Wie die Begründung (S. 6) bemerkt, bezeichnet das Wort „täglich" ja jeden Tag ohne Ausnahme. Dabei ist darauf hingewiesen, daß die Berechnung der Beiträge und Leistungen der Krankenkassen nach Arbeits- statt nach Kalendertagen durch den weiteren Gesetzentwurf über Änderungen der Reichsversicherungsordnung überhaupt beseitigt werden soll.

In Nr. 4 erhöht die Novelle den Mindestbetrag des Stillgeldes auf 1½ ℳ und läßt im übrigen die bisherige Bestimmung unverändert. Im Reichsrat war in den Entwurf für das Stillgeld der selbstversicherten Wöchnerinnen auch eine obere Grenze von 5 ℳ hereingebracht. Dafür war der Gedanke bestimmend, die starken Unterschiede in den Stillgeldsätzen, die durch die verschieden hohen Grundlöhne bedingt sind, auszugleichen, weil alle Wöchnerinnen für das Stillen der gleichen Stärkung bedürften und die allzu verschiedene Bemessung der Stillgelder daher als unbillig empfinden müßten. Die Berichterstatterin im Ausschuß erblickte dagegen auch hierin wieder nur eine Verschlechterung der Lage der Selbstversicherten, die ja durch das Stillen in ihrer Erwerbstätigkeit beschränkt seien. Der Gedanke, daß die auf Lohnarbeit ausgehende Wöchnerin durch reichliche Geldzuschüsse besonders unterstützt werden muß, steht offenbar im Widerspruch zu dem Gedanken des Mutterschutzes, der die Lohnarbeit für längere Zeit nach der Entbindung verhindern will. Dabei ist zu berücksichtigen, daß unter Umständen (bei Bemessung des Krankengeldes auf ⅔ bis ¾ des Grundlohns) die selbstversicherten Wöchnerinnen an Wochengeld und Stillgeld mehr als ihren Lohn aus der Versicherung erhalten. Sozialrechtlich und versicherungsrechtlich ist also die Zahlung dieser beträchtlichen Zuschüsse zum Lohn nicht zu rechtfertigen, denn sie ist nichts anderes als eine Überversicherung und ein starker Anreiz zu möglichst frühzeitiger Wiederaufnahme der Lohnarbeit und damit zur Schädigung von Mutter und Kind. Wenn klare Überlegung, unbeeinflußt durch Begehrlichkeit und Parteiagitation, zu entscheiden hätte, hätte man den Vorschlägen des Entwurfs folgen müssen. Der Wunsch, die bisherigen Bezüge nicht zu schmälern, hat entschieden, und so ist auch dieser Antrag der Regierung, die dem Reichsrat zustimmen mußte, gefallen.

Der zweite Absatz des § 195a hat im Ausschuß noch eine kleine Änderung erfahren, indem nach den Worten „Neben dem Wochengeld" die Worte „für die Zeit nach der Entbindung" eingeschaltet sind. Im Zusammenhang mit der Änderung der Zeitberechnung für das Wochengeld bedeutet das also, daß in der Zeit vor der Entbindung, wenn die Bezugszeit dahin zurückverlegt wird, das Wochengeld neben dem Krankengeld zu gewähren ist. Im Ergebnis entspricht dies der früheren Rechtsauffassung bei dem alten § 195 RVO., nach der bei Krankheiten vor der Entbindung die Wochengeldbezugszeit nicht in die Zeit vor der Niederkunft zurückverlegt werden durfte, um das Wochengeld insoweit zu kürzen.

Auch der dritte Absatz hat erst im Ausschuß noch den Nachsatz erhalten: „§ 212 gilt hierbei nicht." Dieser Satz sollte, wie die Berichterstatterin mitteilte, auf Wunsch von Krankenkassenvertretern die Geschäftsführung vereinfachen, um die durch § 212 RVO. bedingte Verrechnung zu vermeiden. Wie der Vertreter der Regierung dazu bemerkte, soll § 212 nach dem Sinn des 3. Absatzes des § 195a ohnehin keine Anwendung finden. Man muß aber zugeben, daß der Ausdruck: „bleibt die erstverpflichtete Kasse für die weitere Durchführung der Leistung zuständig" auch zu der Auslegung führen kann, daß nach dem Grundsatz des § 212 an sich die zweite Kasse zur Gewährung der weiteren Wochenhilfeleistungen verpflichtet ist und sie daher tragen, also ersetzen muß, während die erste Kasse sie aus Zweckmäßigkeitsgründen nur durchführt und verauslagt. Diese Unklarheit beseitigt der Nachsatz.

Der 4. Absatz des § 195a entspricht dem bisherigen Absatz 3 des § 195b. Diese

Digitized by Google

vom Reichstag bei der dritten Lesung des Gesetzes vom 30. April 1920 eingeschobene Vorschrift war nicht richtig eingeordnet. Sie gehört zu den Bestimmungen in § 195a über die Regelleistungen der Wochenhilfe. Die falsche Einfügung hatte zur Folge, daß die Bestimmung in der Wochenfürsorge nicht zur Anwendung kommen konnte, weil § 19 des Gesetzes nicht auf § 195b verwies. Auch war der frühere Ausdruck „die noch fälligen Bezüge" zu unbestimmt. Es blieb zweifelhaft, ob auch das Stillgeld, das doch das Stillen zur Voraussetzung hat, beim Tode der Wöchnerin fortzuzahlen ist. Daher ist § 195b Abs. 3 hierher genommen und der ungenaue Ausdruck ersetzt durch die Worte „die noch verbleibenden Beträge an Wochen- und Stillgeld bis zum satzungsmäßigen Ende der Bezugszeit". Demgemäß war in § 195b der Abs. 3 zu streichen.

Artikel I Nr. 3. — Für die anteilige Erstattung der Wochenhilfeleistungen nach § 197 muß nunmehr naturgemäß der jetzige Entbindungskostensatz von 100 ℳ angesetzt werden. Da auch die Schwangerschaftsbeihilfe auf 50 ℳ heraufgesetzt ist, so hätte auch der Ansatz von 15 ℳ auf den doppelten Betrag heraufgesetzt werden müssen. Der Ausschuß, der die Erhöhung der Schwangerschaftsbeihilfe beantragt hat, hat daran nicht gedacht. Dies Versehen ist bei dem klaren Wortlaut des Gesetzes nur durch eine künftige Gesetzesänderung wieder gut zu machen. Bis dahin bleibt es also bei dem zu niedrigen Ansatz von 15 ℳ.

Artikel I Nr. 4. — Diese Vorschrift bringt die in der allgemeinen Erörterung besprochene Verdoppelung des Wochengeldes und des Stillgeldes auch für die Familienangehörigen der Versicherten.

Artikel I Nr. 5. — Hier wird mit dem in § 205a eingefügten neuen 3. Absatz eine außerordentliche Erweiterung des Wochenhilfeanspruchs für die Familienangehörigen eingeführt, indem der Anspruch auch dann noch gewährt wird, wenn der Versicherte vor der Niederkunft gestorben ist und die Niederkunft innerhalb einer Zeit von 9 Monaten nach dem Tode erfolgt. Für die Witwen mag diese der Empfängniszeit entsprechende lange Erhaltung des Anspruchs berechtigt sein. Für die Töchter, Stief- und Pflegetöchter des Versicherten aber erscheint sie weniger am Platze. Der Regierungsentwurf hatte eine dreiwöchige Anwartschaftsfrist vorgesehen, um bei Geburtsfällen in der schwersten Zeit nach dem Tode des Familienhauptes noch zu helfen. Der Ausschuß ist weit darüber hinausgegangen, indem er ohne tiefere Überlegung die Begründung des betreffenden Ausschußantrages gelten ließ, daß die Not der Wöchnerin gleich groß sei, einerlei ob die Entbindung innerhalb kürzerer oder längerer Frist nach dem Tode des Ernährers erfolge. Man müsse ihr die Wochenhilfe geben, solange besonders bei der Frau feststehe, daß es sich um sein (des Ernährers) Kind handele. Daß bei den Töchtern die Verhältnisse anders liegen, auch das Familienhaupt durchaus nicht ihr Ernährer gewesen zu sein braucht, daß so lange Zeit nach dem Tode die Feststellungen nach dem Bestande der häuslichen Gemeinschaft bis zum Tode auf Schwierigkeiten stoßen, inzwischen auch die Verhältnisse sich völlig geändert haben können, ist nicht bedacht. Die Praxis wird sich damit abfinden müssen.

Artikel I Nr. 6. — In dem 6. Absatz des § 205a soll durch die Einschaltung der Worte „oder ist eine dieser Kassen mehrfach" klargestellt werden, daß eine Doppelleistung auch dann nicht stattfinden soll, wenn die Familienangehörigen zweimal Ansprüche gegen dieselbe Kasse geltend machen können. In dem Ausschuß äußerte die Berichterstatterin zunächst Zweifel und warf die Frage auf, ob diese Änderung die Folge einer kürzlich ergangenen Entscheidung des Reichsversicherungsamts sei, nach der eine selbstversicherte Wöchnerin auch noch auf Grund einer Versicherung ihres Mannes Wochenhilfe fordern könne. Diese Entscheidung vom 7. Dezember 1920 (ArbVers. 1921 Heft 13 S. 250) betrifft eine am 7. November 1919 eingetretene Entbindung, für welche noch das Gesetz vom 26. September 1919 anzuwenden war. Die

Digitized by Google

derzeit geltende Fassung des § 205a schloß allerdings Doppelleistungen dieser Art nicht ausdrücklich aus. Nach § 205a Abs. 1 Nr. 2 in der Fassung des Gesetzes vom 30. April 1920 ist aber ein Anspruch auf Familienwochenhilfe bei eigenem Versicherungsanspruch der Wöchnerin nach § 195a bestimmt ausgeschlossen. Jetzt handelt es sich nur noch um das seltene Zusammentreffen von mehreren Ansprüchen aus der Familienwochenhilfe, die gegen dieselbe Kasse gegeben sein können, so daß auch Abs. 6 in der letzten verbesserten Fassung des § 205a die Möglichkeit doppelter Familienwochenhilfe nicht zweifelsfrei ausschließt (vgl. Hoffmann in ArbVers. 1920 S. 284). Diese letzte Möglichkeit doppelter Leistung soll also hiermit beseitigt sein. So scheint es nach vielen Bemühungen endlich zu gelingen, den Grundsatz vollkommen durchzuführen, daß die Leistungen der Wochenhilfe nur einmal zu gewähren sind.

Artikel I Nr. 7. — Die Ausdehnung der Wochenhilfe auf Familienangehörige freiwilliger Ersatzkassenmitglieder ist bereits oben besprochen.

Artikel II. — Diese Bestimmung berichtigt jetzt den § 218 RVO., in welchem die Verweisung auf § 205 RVO. unrichtig geworden war, weil § 10 des Gesetzes vom 26. September 1919 an die Stelle des § 205 die neuen Vorschriften mit den Ziffern 205a bis d einstellte. Die Vorschriften der Nummern 1 und 2 des alten § 205 finden sich jetzt in § 205a und § 205b Nr. 1.

Artikel III. — Ziff. 1 hebt die durch § 12 des genannten Gesetzes vorgesehene Pflicht der Arbeitgeber wieder auf, für ihr nach den §§ 418, 435 RVO. befreites Gesinde die Wochenhilfe aus eigenen Mitteln zu gewähren. Durch die Verordnung vom 3. Februar 1919 ist die Möglichkeit der Befreiung nach §§ 418, 435 beseitigt und mithin § 12 gegenstandslos geworden.

Durch Ziff. 2 ist zunächst in § 17 Abs. 1 der Bekanntmachung vom 22. Mai 1920 der Ausdruck „deutsche Wöchnerin" durch das Wort „Deutsche" ersetzt, weil man bei der Schwangerschaftsbeihilfe nicht von Wöchnerinnen sprechen kann. Im Abs. 2 hat man freilich den Ausdruck Wöchnerin noch stehen lassen. Durch die weitere Änderung des Abs. 2 wird der Grenzbetrag des Jahreseinkommens für das Anrecht auf Wochenfürsorge, wie oben bereits erwähnt, wesentlich heraufgesetzt, indem der Betrag für Eheleute wie für alleinstehende Frauen von 4000 auf 10 000 M. erhöht wird. Der Entwurf der Regierung wollte für alleinstehende Frauen 8000 M. festsetzen aus der Erwägung, daß das Gesamteinkommen der Eheleute von 10 000 M. doch auch zum Unterhalt des Mannes mit dienen muß, eine alleinstehende Frau mit 8000 M. Einkommen sich also mindestens nicht schlechter steht als zwei Leute, die mit 10 000 M. auskommen müssen. Die Berechtigung einer unterschiedlichen Festsetzung der Einkommensbeträge wurde aber im Ausschuß bestritten. Man führte an, daß die Lage einer alleinstehenden Frau im allgemeinen schwieriger sei als die einer verheirateten. Das mag im allgemeinen ja zutreffen, nicht aber bei einem Vergleich mit Eheleuten, die in heutigen Verhältnissen zusammen nicht mehr als 10 000 M. Einkommen haben. Auch ist zu berücksichtigen, daß es sich um Personen handelt, die keine Lohnarbeit verrichten oder kein nennenswertes Lohneinkommen haben, so daß das Wochenbett keinen Lohnausfall mit sich bringt. Schließlich darf man auch nicht denken, daß die sogenannte alleinstehende Frau tatsächlich alleinstehen muß. Mit diesem wohlklingenden Namen ist im Gesetz die nicht verheiratete Wöchnerin bezeichnet. Wer das Leben kennt, wird nicht behaupten können, daß eine nicht verheiratete Wöchnerin sich regelmäßig selbst unterhält und nur auf sich selbst angewiesen ist. Das Mitgefühl mit der unverheirateten Wöchnerin hat aber im Ausschuß offenbar wieder solche Vernunftbetrachtungen beiseite geschoben, obschon doch nicht zu verkennen war und der Vertreter der Regierung auch klar auseinandergesetzt hatte, daß und inwiefern die gleiche Bemessung des Betrages die unverheirateten

Digitized by Google

Wöchnerinnen besser stellt als die verheirateten. So hat also der Reichstag an der von anderen Seiten als ungerecht und unvernünftig empfundenen Gleichstellung der Einkommensgrenze für Eheleute und für nicht verheiratete Wöchnerinnen festgehalten.

Die neue Bestimmung unter Nr. 3 legt den Versicherungsämtern nunmehr die Feststellung und Anweisung der Leistungen der Wochenfürsorge auf, während die Auszahlungen auf ihre Anweisungen durch die Kassen erfolgen sollen. Dies ist nach der Begründung und nach den Erklärungen des Regierungsvertreters im Ausschuß geschehen, weil die Versicherungsämter besser in der Lage seien, die Vermögens- und Einkommensverhältnisse zu prüfen und festzustellen. Den Kassen fehlten vor allem auch Anhaltspunkte dafür, ob sonstige „Tatsachen die Annahme rechtfertigen, daß eine Beihilfe nicht benötigt wird", wie es im Gesetz heißt. Es wurde auf ländliche Verhältnisse hingewiesen, in denen es vorgekommen sei, daß Frauen und Töchter recht begüterter Leute die Wochenhilfe erhalten hätten. Bei der vorgenommenen Erhöhung der Einkommensgrenze seien Mißbräuche solcher Art noch mehr zu befürchten. In den großen und mittleren Städten kennt sicherlich das Versicherungsamt nicht besser die Lage der minderbemittelten Wöchnerinnen als die Ortskrankenkasse. Da aber die Kassenverwaltungen naturgemäß dagegen keinen Widerspruch erhoben haben, daß ihnen die undankbare und Kosten verursachende Prüfung für die ihnen fernstehenden Personen abgenommen wird, so sind Ausschuß und Reichstag unbedenklich dieser Anregung gefolgt, obschon dadurch zweifellos eine beträchtliche Verzögerung in der Gewährung der Leistungen eintreten muß. Bei den Geldleistungen mag das unschädlich sein. Bei unmittelbarer Gewährung ärztlicher Geburtshilfe, der Hebammendienste und der Arznei nach § 195a Nr. 1 der neuen Fassung oder § 195c aber werden Schwierigkeiten entstehen, die dazu führen können, daß zunächst die Gemeinden als Armenverbände eintreten müssen, weil die nötige Hilfe nicht rechtzeitig durch die Kasse bereitgestellt werden kann. Solche Folgen schwebten wohl auch Mitgliedern des Ausschusses vor, als sie bei der Besprechung dieser Bestimmung darauf hinwiesen, daß einzelne Armenverwaltungen die Wochenhilfeleistungen auf die Armenunterstützungen anrechneten. Der Regierungsvertreter hielt das für unzulässig, weil die Wochenfürsorge Leistungen gewähre, die über den notdürftigen Unterhalt hinausgehen, die Armenpflege aber, die den notdürftigen Unterhalt gewähren müsse, durch die Wochenfürsorge des Reiches nicht entlastet werden solle. Der Ausschuß brachte daraufhin als „einstimmigen Willen sämtlicher Parteien des Ausschusses zum Ausdruck, daß derartige Maßnahmen der Gemeinden nicht dem Willen des Gesetzgebers entsprechen". Diese Ansicht — nur um eine solche, nicht um einen gesetzgeberischen Akt handelt es sich hierbei natürlich —, so bedeutungsvoll sie auch ist, übersieht aber doch wohl, daß nach dem bestehengebliebenen § 23 Wochenhilfegesetzes in der Fassung vom 22. 5. 20 die §§ 1531 bis 1533 RVO. auch auf die Leistungen der Wochenfürsorge anzuwenden sind. Für ihre Aufwendungen bei Entbindungen können daher die Armenverbände Ersatz beanspruchen, sofern ihre Leistungen denen der Wochenfürsorge entsprechen. Bei den Geldzuwendungen des Armenverbandes für den Unterhalt der Wöchnerin handelt es sich um Leistungen, die dem Wochengeld entsprechen, bei Arzt- und Hebammenhilfe um den Zwecken des Entbindungskostenbeitrages dienende Leistungen; die Anstaltspflege ist ebenfalls der Wochenfürsorge gleichzustellen. Nur beim Stillgeld kann es zweifelhaft sein, ob die Leistungen des Armenverbandes für die Wöchnerin dem entsprechen; auch das aber wäre zu bejahen, wenn die Armenverwaltung der Wöchnerin Milch und andere Stärkungsmittel liefert oder indirekt verschafft. Die gesetzlich begründeten Ersatzansprüche der Armenverbände, die bei nicht rechtzeitiger oder ungenügender Hilfe der Kassen auch Unter-

Digitized by Google

stützungen gewähren müssen, die zur Wochenfürsorge gehören, lassen sich also durch diese wohlwollende Kundgebung des Ausschusses nicht beseitigen.

Die in Nr. 4 bestimmte Verdoppelung des Wochengeldes und des Stillgeldes auch für die Minderbemittelten ist oben besprochen.

Nr. 5 mußte im Hinblick auf die Feststellung der Wochenfürsorgeleistungen durch die Versicherungsämter das in § 23 des Gesetzes geregelte Streitverfahren dahin ändern, daß über die Beschwerden gegen die Entscheidungen des Versicherungsamts das Oberversicherungsamt als erste und einzige Instanz zu entscheiden hat. Für Ersatzstreitigkeiten wird die Zuständigkeit des Versicherungsamts in erster Instanz dadurch nicht berührt.

Artikel IV. — Durch die getroffenen Bestimmungen werden die Normen der Kriegswochenhilfe mit Ausnahme des § 6 der Bekanntmachung vom 28. Januar 1915 außer Wirksamkeit gesetzt. Durch die neuen Gesetze vom 26. September 1919 und 30. April 1920, die ohne Rücksicht auf die Teilnahme der Männer und Väter am Kriege die Wochenhilfe und Wochenfürsorge für die Versicherten, die Familienangehörigen der Versicherten und die minderbemittelten Frauen umfassend neu geregelt haben, waren jene alten Normen rechtlich nicht beseitigt. Obschon sie nur von vorübergehender Bedeutung waren und der Bundesrat den Zeitpunkt ihres Außerkrafttretens nach Beendigung des Krieges bestimmen sollte, so galten sie doch noch fort, da sie bisher nicht außer Kraft gesetzt sind. Denn die neuen Gesetze haben diese älteren Rechtsnormen über die Wochenhilfe der Angehörigen von Kriegsteilnehmern nicht gänzlich verdrängen sollen, so daß Wöchnerinnen von Kriegsteilnehmern ihre Ansprüche noch auf diese Bestimmungen stützen können, sofern deren Voraussetzungen noch auf sie zutreffen und die Bestimmungen für sie günstiger sind. Praktisch sind sie jedoch fast bedeutungslos geworden, weil die noch nach den Kriegswochenhilfeverordnungen Berechtigten mit wenigen Ausnahmen auch nach den neuen Vorschriften auf Grund der Krankenversicherung oder als Minderbemittelte den Anspruch auf Wochenhilfe haben. Als Kriegsteilnehmer i. S. der alten Verordnungen können bekanntlich noch die Angehörigen der Reichswehr betrachtet werden, welche am Kriege teilgenommen haben und ununterbrochen im Wehrdienst geblieben sind (§ 8 der Bekanntmachung vom 22. Mai 1920). Deren Zahl ist recht gering. Soweit es sich um uneheliche Kinder dieser Reichswehrangehörigen handelt, können die Mütter, wenn sie minderbemittelt sind, nach den neuen Vorschriften Ansprüche geltend machen. Diese Voraussetzung würde in diesen Fällen nach Heraufsetzung der Einkommensgrenze wohl stets vorliegen. Die Ehefrauen dieser Reichswehrleute würden die Wochenhilfe aber nach neuem Recht nur dann geltend machen können, wenn ihr und ihres Mannes Gesamteinkommen 10 000 M. nicht übersteigt, sofern sie nicht selbst versichert sind oder etwa noch mit ihrem versicherten Vater in Hausgemeinschaft leben. Ist der Anspruch nach neuem Recht nicht begründet, so können sie ihn nach dem alten noch geltend machen, wenn ihr Mann vor Eintritt in den Kriegsdienst versichert war oder im Jahre 1913/14 weniger als 2500 M. Einkommen hatte. Für diese Ehefrauen wäre also der Fortbestand der alten Verordnungen noch von Wert. Es ist aber zu bedenken, daß diese Fälle recht selten sein werden, daß die Versorgung der Reichswehrleute und ihrer Angehörigen jetzt gleich und auf andere Weise geregelt werden muß und es unberechtigt wäre, nach den Verhältnissen vor dem Kriege einem Teil der Reichswehrangehörigen Wochenhilfe zu geben, dem anderen überwiegenden Teil aber nicht. Außer den alten Kriegsteilnehmern in der Reichswehr könnten nur noch die ehemaligen Kriegsteilnehmer sich auf die alten Verordnungen stützen, die infolge einer schweren Dienstbeschädigung bis jetzt an der Wiederaufnahme einer nennenswerten Erwerbstätigkeit gehindert waren. In diesen Fällen wird aber stets Minder-

Digitized by Google

bemitteltheit im Sinne des neuen Rechts vorliegen. Bei Betrachtung dieser Fälle, die in der Begründung mit besonderer Sorgfalt und Ausführlichkeit behandelt sind, zeigt sich klar, wie unpraktisch und sinnlos die Aufrechterhaltung der alten Normen, d. h. die Beurteilung des Bedürfnisses für die Wochenfürsorge nach Verhältnissen ist, die mehrere Jahre zurückliegen.

Das Gesetz hebt also nunmehr mit der erwähnten Ausnahme die alten Vorschriften auf. Dies geschieht in einer eigentümlichen, etwas umständlichen Form. Der Gesetzgeber will noch eine gewisse Frist für die Geltendmachung von Ansprüchen des alten Rechts lassen. Als Endtermin ist dafür der 30. September bestimmt und zwar so, daß für Entbindungsfälle, die bis zu diesem Tage sich ereignen, noch Ansprüche nach den alten Normen erhoben werden können, für spätere Entbindungen aber nicht mehr. Es hätte auch einfach bestimmt werden können, daß die alten Verordnungen mit dem 1. Oktober 1921 außer Kraft treten. Nach allgemeinen Rechtsgrundsätzen über die zeitliche Wirkung der Gesetze wirken sie grundsätzlich auch nach ihrer Aufhebung für die Rechtsverhältnisse fort, welche zur Zeit ihrer Geltung begründet waren. Denn es ist nicht zu vermuten, daß der Gesetzgeber einmal gesetzlich begründete Rechte wieder entziehen will. Sollten durch die Aufhebung der bisher geltenden Normen die durch jene geschaffenen Rechte beseitigt werden, so müßte das besonders bestimmt werden. Die bis zum 30. September entstandenen Ansprüche können also noch nach den alten Verordnungen begründet und erledigt werden, wenn die neuen Gesetze nicht ausreichen.

Sie können also, sofern sie nur vor dem 1. Oktober 1921 entstanden sind, auch nach dieser Zeit noch erhoben werden. Nach Absatz 2 dieses Artikels sind sie vorher noch bei den Krankenkassen anzubringen und von diesen zu entscheiden; nachher aber sollen sie wie die Wochenfürsorgeansprüche nach § 18 des Wochenhilfegesetzes in der neuen Fassung von den Versicherungsämtern festgestellt und von den Krankenkassen befriedigt werden. Abs. 2 ist lediglich eine Verfahrensvorschrift. Die Fassung des Satzes 2 darf nicht zu der Auffassung verleiten, daß die neuen materiellen Vorschriften über die Erhöhung der Leistungen auch auf die noch nach den Kriegswochenhilfeverordnungen zu beurteilenden Fälle Anwendung finden.

In Kraft bleibt von den alten Normen bis auf weiteres noch der § 6 der Bekanntmachung vom 28. Januar 1915, der auch den Wöchnerinnen die Wochenhilfe gewährt, die selbst zur Besatzung deutscher Seeschiffe gehören. Nachdem man einmal dem weiblichen Seeschiffspersonal — allerdings derzeit mit Rücksicht auf die besonderen Verhältnisse der Kriegszeit — die Wochenhilfe gewährt hat, wäre es eine Härte gewesen, sie ihnen wieder zu entziehen, da sie diese Fürsorge nicht eigentlich als Kriegsteilnehmer erhalten haben. Soweit sie auf dem Kriegsdienst gewidmeten Schiffen tätig waren, waren sie ja selbst Kriegsteilnehmer i. S. der alten Verordnungen. Wie auch die Begründung (S. 11) bemerkt, handelt es sich bei dieser Bestimmung also nicht eigentlich um Kriegswochenhilfe. Daher soll die Vorschrift vorläufig noch unverändert aufrechterhalten werden, bis die Kranken- und Wochenhilfe für die Schiffsbesatzung deutscher Seeschiffe neu gestaltet wird. Wie die Begründung mitteilt, werden darüber bereits Verhandlungen geführt. Mit einem solchen neuen Gesetz würde dann also der letzte Rest jener Kriegsverordnungen verschwinden, die den Anstoß zu dem großartigen Ausbau der Wochenhilfe nach dem Kriege gegeben haben und nun als überlebte Gesetzeswerke untergehen, nachdem sie neuen und reicheren Gestaltungen zum Leben verholfen haben.

Nachdem wir hiermit am Schluß (Artikel V ist bereits im Zusammenhang mit Artikel I Nr. 1 besprochen) die Anfänge des neuen Wochenhilferechts an unserem Auge haben vorüberziehen sehen, und wenn wir die jetzige gesetzliche Ordnung überblicken, so fällt doch wieder derselbe Schatten auf das Bild, der unsere ganze Sozialversicherung in ihrer jetzigen Gestalt trübt. Außerordentlich ver-

Digitized by Google

wickelt ist auch dies Sondergebiet geworden. Die reiche Differenzierung der Rechte und Leistungen ist mit der formellen Schwierigkeit und Unübersichtlichkeit der Normen teuer erkauft. Auch auf dem Gebiet der Wochenhilfe muß die Vereinfachung in den materiellen und formellen Rechtsnormen und in der praktischen Leistung der Fürsorge Aufgabe der angekündigten großen Reform der deutschen Sozialversicherung sein. Ob die heutige Zeit für eine solche Reform reif ist, ist allerdings die große Frage.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Bezirk einer Betriebskrankenkasse.

Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 13. Mai 1921.

Die Firma H. & Co. in Frankfurt a. M. führt seit September 1919 im Bezirksamt Wertingen Kanalbauten für den Lechkanal aus und beschäftigt dort eine große Anzahl von Arbeitern, die sie bei ihrer Betriebskrankenkasse gegen Krankheit versichert. Die Allgemeine Ortskrankenkasse für den Distrikt Wertingen nimmt die Arbeiter als bei ihr meldepflichtig in Anspruch. Die Betriebskrankenkasse stützt sich auf § 1 Abs. 2 der Satzung, der nach der ersten Fassung lautet: „Der Bezirk der Kasse erstreckt sich auf alle Gemeinden, in denen die Firma Betriebe unterhält" und nach der vom Oberversicherungsamt Cassel am 12. Juli 1920 genehmigten Satzungsänderung dahin lautet: „Der Bezirk der Kasse erstreckt sich auf alle Betriebe der Firma im Gebiete des Deutschen Reiches." Auf den im Januar und April 1920 gestellten Antrag des Krankenkassenverbandes Wertingen auf Zuweisung der beim Lechkanalbau von der Firma beschäftigten Personen an die Allgemeine Ortskrankenkasse Wertingen hat zunächst der Preußische Minister für Volkswohlfahrt mit Zustimmung der Bayerischen Regierung das Versicherungsamt Frankfurt a. M. zum zuständigen Versicherungsamt für die Entscheidung des Streites bestimmt.

Die Allgemeine Ortskrankenkasse Wertingen beanstandete die Zugrundelegung der neueren Satzungsbestimmung der Betriebskrankenkasse, da diese Satzungsänderung erst nach Stellung des hier vorliegenden Antrages zustande gekommen sei, und weist auf die Gefährdung ihrer Leistungsfähigkeit hin, die in der Zuweisung einer großen Anzahl von Versicherten an die Betriebskrankenkasse liege. Die Betriebskrankenkasse macht geltend, daß die Kanalbauten sich von Anfang September 1919 bis voraussichtlich zum Herbst 1921 erstrecken, daß dabei etwa 950 Personen beschäftigt seien, die überwiegend im Bezirk Wertingen wohnhaft seien, der größte Teil der Arbeiter sei einheimisch, etwa 120 seien aus Augsburg, etwa 250 aus Unterfranken. Vorwiegend die letzteren folgten der Firma dahin, wo sie Baustellen eröffne. Die Betriebskrankenkasse hat ein von dem Geheimen Justizrat Hahn in Berlin-Zehlendorf verfaßtes Rechtsgutachten vom 29. Februar 1920 überreicht, das die inzwischen genehmigte Satzungsänderung vorschlägt und zum Teil in Abweichung von der Entsch. 1999, Amtl. Nachr. 1915 S. 444, sich für die Zugehörigkeit des Lechkanalbaubetriebes zur Betriebskrankenkasse ausspricht. Das Versicherungsamt Frankfurt a. M. hat den Kanalbaubetrieb der Firma H. & Co. im Bezirksamt Wertingen der Betriebskrankenkasse dieser Firma zugewiesen.

Gegen diese Entscheidung hat der Vorstand der Allgemeinen Ortskrankenkasse Wertingen Beschwerde eingelegt. Die Betriebskrankenkasse hat den Ausführungen der Allgemeinen Ortskrankenkasse widersprochen und noch ein Rechtsgutachten des Wirklichen Geheimen Oberregierungsrats Dr. Hoffmann in Berlin vom 14. Februar 1920 überreicht, das ebenfalls zu der früheren Satzungsbestimmung und ihrer Abänderung Stellung nimmt.

Das Reichsversicherungsamt hat die Beschwerde gegen die Entscheidung des Versicherungsamts zurückgewiesen aus folgenden Gründen:

Da es sich darum handelt, welcher Krankenkasse ein Betrieb oder Betriebsteil zugehört, so liegt ein Streit nach § 258 RVO. vor. Die Entscheidung eines solchen Streites wirkt aber, wie in ständiger Rechtsprechung anerkannt ist, nur in die Zukunft (zu vgl. Entsch. 1916 und 2216 Amtl. Nachr. 1914 S. 764 und 1916 S. 559 — Entscheidungen und Mitteilungen des RVA. Bd. 4 S. 116 Nr. 53 und Bd. 7 S. 113 Nr. 41). Hieraus ergibt sich, daß nicht nur nichts entgegensteht, der Entscheidung die neue Fassung der Satzung zugrunde zu legen, sondern daß die Sach- und Rechtslage nach ihr sogar geprüft werden muß; denn eine Entscheidung auf Grund der alten Fassung der Satzung könnte lediglich theoretische Bedeutung haben, da in dem Zeitpunkt, in dem die Entscheidung Wirksamkeit erlangt und in Zukunft wirken soll, die Satzungsbestimmung, auf die sich die Entscheidung stützen würde, nicht mehr gilt. Im vorliegenden Fall macht es aber praktisch keinen Unterschied, welche Satzungsbestimmung zugrunde gelegt wird. Sowohl nach der alten wie nach der neuen Fassung ist die Zugehörigkeit des Lechkanalbaubetriebes zur Betriebskrankenkasse der Firma H. & Co. anzuerkennen. Wenn § 321 RVO. vom Bezirk der Kasse spricht, den die Satzung bestimmen muß, so hat dies für die Betriebskrankenkassen eine ihrer von den Orts- und Landkrankenkassen abweichenden Eigenart entsprechende Bedeutung. Während bei den Orts- und Landkrankenkassen der Bezirk örtlich fest umgrenzt ist, ist dies bei den Betriebskrankenkassen nicht der Fall, wie sich schon aus dem auch im

Digitized by Google

Rechtsgutachten von Hahn enthaltenen Hinweis ergibt, daß sich eine Betriebskrankenkasse in ihrem örtlichen Bezirk durch räumliche Erweiterung des Betriebes und seiner Anlagen ausdehnen und in die örtlichen Bezirke verschiedener Orts- oder Landkrankenkassen übergreifen kann. In diesem Sinne ist sowohl die alte wie die neue Fassung der Satzung zutreffend. Hier liegt der Fall allerdings insofern anders, als es sich nicht um eine räumlich mit dem Hauptbetrieb verbundene Ausdehnung des Betriebes handelt, sondern um einen räumlich getrennten Betrieb. Dieser getrennte Betrieb des Lechkanalbaues ist aber, wie aus dem Inhalt der Akten zu entnehmen, kein selbständiger Betrieb, sondern nur ein Betriebsteil, der durch die von der Zentrale ausgehende einheitliche Leitung mit dem Hauptbetrieb zusammenhängt. Dieser Zusammenhang gibt sich kund in regelmäßigen Besuchen und Kontrollen der Baustelle durch das zuständige Mitglied des Vorstandes in Frankfurt, in fortlaufenden Anweisungen der Hauptleitung an den Leiter der Niederlassung der Firma in München oder an den Kanalbaubetriebsleiter, in der Anstellung der technischen und kaufmännischen Beamten durch die Direktion in Frankfurt a. M. und in der Abhängigkeit der geldlichen Unterstützung des Lechbaukanalbetriebes von der Hauptleitung aus. Der Fall unterscheidet sich hiernach wesentlich von dem Fall der Entsch. 1999, Amtl. Nachr. 1915 S. 444, wo es sich um die Vereinigung zweier verschiedener Betriebe durch eine Firma handelt, deren jeder eine Betriebskrankenkasse für sich hatte. Auf diesen besonderen Fall braucht hier, wo es sich um die Zugehörigkeit eines unselbständigen Betriebsteiles zum Hauptbetrieb handelt, nicht eingegangen zu werden. In Fällen der vorliegenden Art ist es auch ein unabweisbares Bedürfnis für die Betriebe mit eigenen Betriebskrankenkassen, daß die Betriebskrankenkasse an der regelmäßigen und in der Natur des Betriebes liegenden Entwicklung und Veränderung seiner Einrichtungen, Anlagen und Stätten teilnimmt oder sich dieser anpaßt. Würde man diese Folgerung nicht ziehen, so wäre die Firma, die eine Betriebskrankenkasse errichtet hat, genötigt, nach jedesmaliger Errichtung eines neuen Betriebsteils dessen Einbeziehung in die Betriebskrankenkasse durch Satzungsänderung herbeizuführen. Das könnte aber regelmäßig erst geraume Zeit nach Errichtung des Betriebsteils geschehen, und die Folge wäre ein unerwünschtes Hin- und Herschieben der Versicherten zwischen Orts- (Land-) und Betriebskrankenkassen, das weder den Interessen der Kasse noch der Versicherten noch der Arbeitgeber dient. Die von der Ortskrankenkasse betonte Frage ihrer Leistungsfähigkeit kann nach den vorstehenden Ausführungen hierbei nicht von entscheidender Bedeutung sein. § 248 RVO. gibt nach dieser Richtung keinen Anhalt. Die Beschwerde mußte daher zurückgewiesen werden.

Anmerkung: Die uns vorliegende Abschrift der Entscheidung läßt nicht erkennen, wie das Reichsversicherungsamt in die Lage gekommen ist, unmittelbar über die Beschwerde gegen eine Entscheidung des Versicherungsamts zu befinden. Vermutlich ist die Beschwerde doch wohl zunächst an das Oberversicherungsamt gelangt, von diesem aber, da es endgültig zu entscheiden gehabt hätte (§ 258 Abs. 1 RVO.), gemäß §§ 1799, 1693 RVO., unter Begründung seiner Rechtsauffassung, zur grundsätzlichen Entscheidung an das Reichsversicherungsamt abgegeben worden. Das hätte erforderlich gemacht werden müssen.

Beitragsfreiheit nach § 383 RVO. für die vier Wochen vor der Niederkunft.

Entscheidung des Versicherungsamts Hamburg v. 15. Juni 1921 (122/21 K).

. . . Richtig ist, daß der Anspruch auf das Wochengeld erst durch den Eintritt der Niederkunft zur Entstehung gelangt. Daran ändert die neue Bestimmung nichts, die vorschreibt, daß von der zehnwöchigen Bezugszeit vier Wochen in die Zeit vor der Entbindung fallen sollen. Auch früher konnte ja die Kassensatzung einen Teil des Wochengeldes auf die Zeit vor der Niederkunft legen. Die Rechtslage war solchenfalls die gleiche. Der Anspruch wird erst fällig mit der Niederkunft, bei deren Eintritt der auf die Zeit vorher entfallende Teil des Wochengeldes auf einmal zu zahlen ist. Dadurch erhält allerdings bei der Entbindung die Wöchnerin eine größere Summe auf einmal, insoweit also einen Teil des Wochengeldes nicht in wöchentlichen Raten. Der rechtliche Charakter des Wochengeldes als einer Rentenleistung wird aber dadurch nicht berührt, daß mehrere Raten auf einmal zu zahlen sind. Für die Beitragsfreiheit während des Wochengeldbezuges nach § 383 RVO. kommt es auch nicht auf die Zeit der Leistung oder tatsächlichen Gewährung des Wochengeldes an, sondern auf die Zeit, für welche der Versicherten der Anspruch auf Wochengeld zusteht. Wenn das Wochengeld für die vier Wochen vor der Entbindung auch erst bei der Niederkunft gefordert werden kann, so steht es der Wöchnerin nach dem klaren Willen des Gesetzgebers für die Zeit vor der Entbindung zu, damit sie bereits in dieser Zeit sich schonen und schon vor der Niederkunft die Arbeit aufgeben kann. Die Väter der aus dem Reichstage hervorgegangenen neuen Vorschrift hatten sich auch offenbar gedacht, daß die Kassen das Geld auch schon vor der Entbindung auszahlen könnten, ohne die rechtlichen und praktischen Hindernisse zu bedenken, die dem entgegenstehen. Jedenfalls aber gehören die vier Wochen vor der Entbindung zu der Bezugszeit des Wochengeldes. Für die ganze gesetzliche Bezugszeit aber muß bei richtiger Auslegung des § 383 RVO. die Wöchnerin beitragsfrei bleiben, ohne daß es darauf ankommt, wann das Wochengeld ihr tatsächlich gezahlt wird oder gezahlt werden kann.

Digitized by Google

Nur bei dieser Auslegung wird man auch dem Zweck der neuen Bestimmung gerecht. Denn diese neue Berechnung der Bezugszeit soll die Wöchnerin in den Stand setzen, bereits vier Wochen vor der Entbindung die Arbeit niederzulegen, ohne daß ihr Mindestanspruch auf Wochengeld für sechs Wochen nach der Entbindung dadurch berührt wird. Daher ist auch die Bezugszeit auf insgesamt zehn Wochen verlängert worden. Der Umstand, daß die Wöchnerin trotzdem weiter arbeiten kann und mit Rücksicht auf die spätere Zahlung auch in vielen Fällen weiter arbeiten wird, ist ohne Bedeutung; denn auch *nach* der Entbindung kann die Wöchnerin schon vor Ablauf der sechs Wochen wieder arbeiten, was ja nur in bestimmten Betrieben nach der Gewerbeordnung verboten ist. Das Gesetz macht aber die Enthaltung von der Arbeit nicht zur Bedingung des Bezugsrechtes. Das Argument von *Jaeger* (in einer Auskunft über die streitige Frage auf S. 544 der Monatsschr. f. Arb.- und AngestVers., 1920), daß Arbeitsunfähigkeit der Grund der Beitragsfreiheit sei, trifft daher für das Wochengeld nicht zu. Vielmehr soll der Wochengeldbezug die Enthaltung von der Arbeit nur ermöglichen. Bei Schaffung des Abs. 2 des § 383 RVO. war sich aber der Gesetzgeber sicher darüber klar, daß die tatsächliche Enthaltung von der Arbeit weder versicherungsrechtlich noch arbeitsrechtlich unbedingt gefordert werden könne, daß vielmehr die Wöchnerin tatsächlich in vielen Fällen auch während der gesetzlichen Wochengeldbezugszeit Lohnarbeit verrichtet. Durch die neue Vorschrift soll also nur indirekt darauf hingewirkt werden, daß die Wöchnerin das nicht mehr tut. Wenn auch der Gesetzgeber darin irrt und wenn es richtiger wäre, gesetzlich zu bestimmen, daß während der Dauer der Lohnarbeit Wochengeld nicht zu zahlen ist, folglich auch die Beiträge zu entrichten sind, solange die Wöchnerin noch beschäftigt ist, so ist doch der gegenwärtige Rechtszustand der, daß die Wöchnerin auch während ihrer Beschäftigung in der Wochengeldbezugszeit Wochengeld erhalten und beitragsfrei bleiben muß. Der Anspruch auf Erstattung der für die vier Wochen vor der Entbindung geleisteten Beiträge war daher begründet.

Anmerkung der Schriftleitung: In gleichem Sinne haben wir uns schon im Jahrg. 1920 S. 520 Ziff. 12, 578 Ziff. 6, 640 Ziff. 12 geäußert.

Sprechsaal.

Voraussetzungen der Wochenfürsorge, wenn der Ehemann im Vorjahre gestorben ist.

Die Auskunft im Heft 22 S. 439, 440 Nr. 10b ist mit der Auskunft aus dem Jahre 1920 S. 378 Nr. 7 nicht vereinbar, wo gesagt ist: Wenn der Ehemann im Jahre vor der Entbindung seiner Frau gestorben ist, so kommt für die Frage, ob die Frau nach § 17 Abs. 2 des Gesetzes über Wochenhilfe als „minderbemittelt" gilt, nur ihr eigenes Einkommen in Betracht, weil sie, nachdem der Mann tot ist, „allein steht". Die neue Auskunft aber sagt: Das Einkommen, das der Ehemann in dem Jahre vor der Entbindung der Frau bis zu seinem Tode bezogen hat, muß mit dem Einkommen der Frau für das ganze Jahr zusammengerechnet werden. Ich glaube, daß *beide Ansichten nicht unbedingt richtig sind*. Die ältere entspricht besser dem Wortlaut des § 17 Abs. 2 als die neue, bei der die Worte „sofern sie allein steht" nicht beachtet sind; aber die ältere beachtet wieder nicht die Worte: „Sofern nicht Tatsachen die Annahme rechtfertigen, daß eine Beihilfe nicht benötigt wird." Wenn z. B. der Mann erst wenige Tage vor der Entbindung seiner Frau gestorben ist und vielleicht sein Gehalt im vollen Betrag für das ganze Jahr bezogen hat durch Vorauszahlung über seinen Tod und sogar über die Entbindung hinaus, so steht die Witwe nicht schlechter da, als wenn ihr Mann die Entbindung noch erlebt hätte. Oder er ist z. B. schon drei Monate vorher gestorben, hat aber in den übrigen neun Monaten des Vorjahres so viel oder mehr eingenommen als sonst in einem ganzen Jahre. Man muß also immer die besonderen Umstände ins Auge fassen. Insofern hat wieder die Auskunft im Heft 22 recht, daß es nicht gerechtfertigt ist, *nur* das Einkommen der Wöchnerin in Betracht zu ziehen, wenn der Ehemann im Jahre vor der Entbindung gestorben ist. L. S.

Empfiehlt sich die Beseitigung des Anwartschaftsbescheids (§ 1743 RVO.)?

Die Abhandlung von Dr. *Hoffmann*, hier Heft 19 S. 361 unter I, kündigt die Streichung des § 1743 RVO. an. Jeder, der praktische Erfahrungen in der Vorbereitung von Invaliden- und Hinterbliebenenrentenanträgen besitzt, muß sehr erstaunt darüber sein, daß mit einem Male die Bestimmung über die Erteilung des Anwartschaftsbescheides sich nicht bewährt haben soll. Neunjährige Erfahrung hat den Versicherten und den Versicherungsämtern im Gegenteil die große Bedeutung des § 1743 vor Augen geführt, und für beide würde die Streichung eine ernste Erschwerung bei der Durchführung der Witwenrentenanträge bedeuten. Ja, es ist sehr wahrscheinlich, daß mancher Witwenrentenantrag, der lange nach dem Tode des Mannes gestellt wird, was bei jungen rüstigen Witwen immer der Fall sein wird, gar nicht mehr erfolgreich durchgeführt werden kann und abgewiesen werden muß, weil das wichtigste Material nicht mehr oder nur unvollkommen zu beschaffen ist. Die Versicherten müßten sich mit aller Entschiedenheit gegen eine derartig rücksichtslose Behandlung in der Gesetzgebung zugunsten einiger Ersparnis an Schreibarbeit bei den Landesversicherungsanstalten, die sich später aber bei den Versicherungsämtern vervielfachen dürften, verwahren. Ersparnisse an Schreibarbeit und Kosten lassen sich im Verfahren nach der Reichsversicherungs-

Digitized by Google

ordnung auf einem Wege ermöglichen, der die Versicherten bzw. deren Hinterbliebene schont. Man betrachte nur einmal die Verfahrensvorschriften bei Bewilligung der Leistungen und bei den Streitsachen. Was muß z. B. ein Unfallverletzter im Einspruchsverfahren nach § 1591 ff. RVO. alles mitmachen, ehe er bis zur ersten entscheidenden Gerichtsstelle (Oberversicherungsamt) gelangt.

Solche „Verbesserungsvorschläge", wie die Streichung des § 1743 RVO., können nur von Versicherungsträgern ausgehen, die alle Dinge von hoher Warte aus ohne jede enge Berührung mit der Masse der Versicherten betrachten und die Schwierigkeiten verkennen, welche die Rentenbewerber und mit ihnen die Versicherungsämter oder sonstigen vorbereitenden unteren Amtsstellen zu bekämpfen haben, um alle nötigen Unterlagen für Rentenanträge zu beschaffen. Man sollte auf gesetzlichem Wege versuchen, alle Versicherungsträger in so enge persönliche Berührung mit der Masse der Versicherten zu bringen, wie es bei den Krankenkassen der Fall ist, welch letztere infolgedessen am besten mit ihren Versicherten zu arbeiten verstehen, während diese den anderen Versicherungsträgern, wegen ihrer Abgeschlossenheit vom Verkehr mit den Berechtigten, oft Mißtrauen und unzufriedene Gesinnung entgegenbringt. Hierüber sind die Versicherungssekretäre bei den Versicherungsämtern besonders gut unterrichtet, da sie zwischen den Versicherten und den Versicherungsträgern stehen.

Daher ergeht immer wieder die Mahnung an die Gesetzgeber und diejenigen Stellen, welche die Gesetze vorbereiten, die mit der Bevölkerung in engster Berührung stehenden mittleren Beamten bei den unteren Behörden zur Beratung mit heranzuziehen, denn sie können manche, auf praktische Erfahrung beruhende Anregung geben. Man höre vor allem bei Abänderung der Reichsversicherungsordnung die Versicherungssekretäre, und zwar diejenigen, welche als stellvertretende Vorsitzende der Versicherungsämter bestellt sind und deshalb eine größere Verantwortung tragen.

Wenn höher hinauf erst einmal die Ansicht durchgedrungen ist, daß auch mittlere Beamte bei den unteren Behörden, worunter manch tüchtige Kraft zu finden sein wird, wichtige Faktoren bei der Gesetzgebung sein können und nicht alles durch die Brille der Juristen und höheren Verwaltungsbeamten anzuschauen ist, werden wir Vorschläge, wie die Beseitigung des § 1743 RVO., nicht mehr erleben.

Friedrich Rebling,
Kreisversicherungsobersekretär in Neuwied

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Teuerungszuschläge für Ärzte und Apotheker im besetzten Gebiet.

Die Vereinigung rheinischer Krankenkassen hat uns einen Bericht über ihre am 25. und 26. Juni 1921 in Bad Kreuznach abgehaltene 15. ordentliche Mitgliederversammlung zugehen lassen. Wir können leider im allgemeinen nicht über alle solche Veranstaltungen eingehend berichten, möchten aber aus dem vorliegenden Bericht hervorheben, daß die Versammlung sich mit Nachdruck gegen eine Bekanntmachung des Preußischen Ministeriums für Volkswohlfahrt vom 9. Februar 1921 wandte, die rückwirkend vom 1. Januar d. J. ab den Apothekern im besetzten Gebiet des Westens gestattet, zu den bestehenden Teuerungszuschlägen noch besondere Zuschläge von 50 v. H. zu erheben. Dies wurde als in keiner Weise gerechtfertigt erachtet. Die Zuschläge stellen vielmehr eine Benachteiligung des Arznei beziehenden Publikums und besonders eine schwere Schädigung der Versicherungsträger im besetzten Gebiet dar. Die Versammlung bekämpfte aber auch die am 30. April 1921 von demselben Minister erlassene Bekanntmachung, wodurch vom 1. Mai d. J. ab die Mindestsätze der Preußischen Gebührenordnung für approbierte Ärzte und Zahnärzte in dem besetzten Staatsgebiet des Westens um 50 v. H. erhöht wurden. In Anlehnung an diese Bekanntmachung träten die Ärzte überall, auch im unbesetzten Staatsgebiet, mit neuen Forderungen hervor. Die Bekanntmachung störe also die zwischen den Kassen- und Ärzte-Hauptverbänden unter Mitwirkung der Reichsregierung herbeigeführten Vereinbarungen. Sie werde die Ursache neuer Zusammenstöße. Beide Verordnungen seien erlassen worden, ohne die dadurch schwer belasteten Krankenkassen auch nur zu hören, was einer Mißachtung der Kassen und ihrer Verbände gleichkomme. Nachdem bereits alle im Rheinland bestehenden Krankenkassenverbände eine gemeinsame Eingabe an den Minister gerichtet haben, forderte die Versammlung in einer Entschließung, die auch an alle Fraktionen des Preußischen Landtages gesandt werden soll, den Minister für Volkswohlfahrt nochmals auf, umgehend diese Bekanntmachungen zu beseitigen.

Mit Bezug auf die hier an zweiter Stelle erwähnte Bekanntmachung vom 30. April 1921 fügen wir ergänzend hinzu, daß auch die Hauptverbände der Krankenkassen Anlaß genommen haben, dagegen vorstellig zu werden. Hierauf ist ihnen folgender Bescheid des preuß. Ministers für Volkswohlfahrt vom 14. Juni 1921 — der besonders durch das interessant ist, was der Minister (nach dem ersten Absatz) nicht gewußt hat — zugegangen:

„Auf das gefällige Schreiben vom 19. Mai d. J. erwidere ich ergebenst, daß mir von dem am 4. Juni 1920*) im Reichsarbeitsministerium gefällten Schiedsspruch, nach dem Erhöhungen der Arzthonorare für die besetzten Gebiete zentral zu vereinbaren sind, amtlich nichts bekannt geworden ist. Auch kann ich eine Verpflichtung nicht anerkennen, einen Schiedsspruch zu beachten, bei dem die preußische Landesbehörde überhaupt nicht mitgewirkt hat.

Anscheinend bezieht sich dieser Schiedsspruch auch nur auf die zwischen Kassen und Ärzten zu vereinbarenden Honorare, nicht jedoch auf die Höhe der nach § 80 der Gewerbeordnung von den Landeszentralbehörden festzusetzenden Gebühren für Ärzte usw. Diese Gebührentaxen sollen nur als Norm für streitige Fälle im Mangel einer Vereinbarung gelten. Sofern durch die neuen Festsetzungen das Vertrags-

*) Richtig: 2. Juni 1920; zu vgl. ArbVers. 1920 S. 376.

Digitized by Google

verhältnis der Krankenkassen mit den Ärzten oder dessen Regelung durch Schiedsspruch beeinflußt sein sollte, stelle ich anheim, in erneute Verhandlungen einzutreten.

Was nun die Nichtbeteiligung der Krankenkassen-Hauptverbände bei der Vorbereitung der Bekanntmachung vom 30. April 1921 (Volkswohlfahrt 1921 S. 264) angeht, so darf ich darauf hinweisen, daß kurz vorher der ärztliche Reichstarif für das Versorgungswesen durch den Herrn Reichsarbeitsminister bekanntgegeben worden war, in dem auf Grund von Verträgen und Tarifvereinbarungen zwischen Kassen- und Ärzteverbänden über die Mitwirkung der Ärzte bei der den Krankenkassen gemäß dem Reichsversorgungsgesetz vom 12. Mai 1920 obliegenden Heilbehandlung die Kassenverbände den Ärzten Mindestsätze bewilligt haben, die zum Teil erheblich über die Mindestsätze der preußischen Gebührenordnung, namentlich in den gebräuchlichsten Verrichtungen, hinausgehen. Diese Erhöhungen beziehen sich nicht nur auf das besetzte Gebiet, sondern auf das ganze Gebiet des Deutschen Reiches. Um so mehr mußte ich annehmen, daß die Kassenverbände wesentliche Bedenken gegen eine entsprechende Erhöhung der Mindestsätze der ärztlichen Gebühren, wenn sie sich nur auf das besetzte Gebiet bezieht, nicht erheben würden, und daß daher eine Anhörung sich erübrigt.

Im übrigen bemerke ich ergebenst, daß auch die Bekanntmachung vom 30. April 1921 nur bis zum 31. März 1922 Geltung hat und dann durch die geplante Neufassung der Gebührenordnung ersetzt werden wird. Um diese Neufassung rechtzeitig vorzubereiten, ersuche ich ergebenst, schon jetzt an die Nachprüfung der Gebührenordnung vom 1. September 1920 heranzugehen und mir die dortseits in Anregung zu bringenden Änderungen zu übermitteln.

Ganz allgemein würde ich es jedoch mit Dank begrüßen, wenn die Hauptkassenverbände und die Verbände der übrigen Träger der Reichsversicherung mit den Ärzteverbänden sich unmittelbar ins Benehmen setzen würden, um, wie auch bei dem Reichstarif, einen gemeinsamen Antrag auf Abänderung der Gebührenordnung zu vereinbaren. Ich werde gern bereit sein, diese gemeinsamen Anträge bei der Neufassung, soweit wie irgend möglich, zu berücksichtigen. Was bezüglich der Gebührenordnung für die Ärzte gilt, gilt sinngemäß auch bezüglich der Gebühren für die Zahnärzte."

Inzwischen hat der Minister unterm 4. 7. 21 noch folgendes bekanntgegeben: „Zur Behebung von Zweifeln, die besonders in den Kreisen der Krankenkassen des besetzten Gebietes im Westen laut geworden sind, wird in Ergänzung der Bekanntmachung vom 30. April d. J. — Volkswohlfahrt 1921 S. 264 — darauf hingewiesen, daß die Vorschrift dieser Bekanntmachung auf die zwischen den Krankenkassen und den übrigen Versicherungsträgern einerseits, sowie den Ärzten anderseits getroffenen Vereinbarungen keine Anwendung findet."

Die Heilfürsorge in der Angestelltenversicherung.

Die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte schreibt uns: Die Reichsversicherungsanstalt betrachtet es seit ihrem Bestehen als eine ihrer wichtigsten Aufgaben, die Gesundheit und Arbeitskraft ihrer Versicherten zu erhalten durch vorbeugende Fürsorge, und wendet dafür außerordentlich hohe Summen auf. 1919 hat sie annähernd 20 Millionen Mark, 1920 annähernd bereits 45 Millionen Mark für die Heilfürsorge ausgegeben. Im laufenden Jahre sind die Kosten für die Heilfürsorge wiederum bedeutend gestiegen; sie werden sich schätzungsweise auf vielleicht 75 Millionen Mark belaufen. Die Kosten einer einzigen Kur in einer Lungenheilstätte, einem Sanatorium oder einem Bade betragen in der Regel ein Mehrfaches der für den einzelnen Versicherten eingezahlten Beiträge, und zwar im Jahre 1920 schon durchschnittlich 2578, 1440 und 1332 ℳ. Im zweiten Halbjahr 1920 wurden 290 Heilverfahren durchgeführt, die mehr als je 4000 ℳ Kosten erforderten. Außerdem wurden in 89 Fällen über 5000 ℳ, in 26 Fällen über 6000 ℳ, in 9 Fällen über 7000 ℳ und in 2 Fällen über 8000 ℳ verausgabt. Fast alle diese Heilverfahren sind wegen Erkrankung an Lungentuberkulose durchgeführt worden. Es steht wohl außer Frage, daß nur wenige Versicherte angesichts dieser hohen Kosten heutzutage aus eigenen Mitteln in der Lage wären, einen vier- bis achtwöchigen und längeren Aufenthalt in einer Heilanstalt oder einem Bade zu bestreiten, um sich und ihren Familien ihre Arbeitskraft zu erhalten. Von den auf Grund einer Lebensversicherung von der eigenen Beitragsleistung befreiten Angestellten muß die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte die Hälfte der Kosten als Zuschuß fordern, da sie gesetzlich nur Anspruch auf die halben Leistungen haben und billigerweise im Heilverfahren nicht auf Kosten der Vollversicherten günstigere Leistungen erwarten dürfen.

Fortbildungskurse für gemeinnützige Rechtsberatung.

Das Soziale Museum E. V. in Frankfurt a. M., Universität, veranstaltet vom 8. bis 20. August seinen XI. Fortbildungskursus für gemeinnützige Rechtsberatung (für Leiter und Mitarbeiter von Rechtsauskunftsstellen, Arbeitersekretariaten, Volksbüros, Frauenrechtsschutzstellen und verwandte Einrichtungen). Im Interesse der Gründlichkeit beschränkt sich der Kursus auf das Bürgerliche Recht und den Zivilprozeß. Zur Deckung der Unkosten wird eine Teilnehmergebühr von 100 ℳ erhoben. Das Programm ist vom Sozialen Museum zu beziehen.

Die Geschlechtskrankenfürsorge bei der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz.

Hierüber bringen die Amtlichen Mitteilungen der Versicherungsanstalt in Anlage zu Nr. 5 des Jahrg. 1921 eine von Landesrat Dr. Karl Bossen (Düsseldorf) bearbeitete Denkschrift, die interessantes Material enthält. Sie behandelt den Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten in der Rheinprovinz, die Organisation und Tätigkeit der Beratungsstellen, die Kosten und Heilerfolge, die Beteiligung anderer Versicherungsträger und Behörden. Die Schlußausführungen gipfeln in der „Forderung, daß alle praktische Heilfürsorge für Geschlechtskranke, von welcher Stelle sie auch immer ausgehen mag, sich auf die Tätigkeit der Beratungsstellen der Landesversicherungsanstalt einstellen muß, daß sie auf die Beratungsstellen hinweisen, ihren Besuch empfehlen und ihre Arbeit unterstützen muß. Dies gilt in erster Linie für die Ärzte und Ärztinnen, die ihre hier in Betracht kommenden Kranken möglichst restlos der Beratungsstelle zuführen sollen. Dies gilt in zweiter Linie für die Fürsorgerinnen in Stadt und Land, die überall da, wo es ihnen notwendig erscheint, die Bevölkerung über die segensreiche, streng verschwiegene und kostenlose Tätigkeit der Beratungsstellen aufklären sollen und da, wo sie eine Geschlechtskrankheit vermuten, den Betreffenden zum

Digitized by Google

ungesäumten Aufsuchen der Beratungsstelle in diskreter Weise bestimmen sollen. Dies gilt ferner für die Krankenkassen, die ihre geschlechtskranken Mitglieder und deren Familienangehörige ebenfalls der Beratungsstelle melden sollen, und die in ihre Krankenordnung eine Bestimmung aufnehmen sollen, wonach die geschlechtskranken Mitglieder verpflichtet sind, auf Vorladung bei der Beratungsstelle zu erscheinen und deren Anordnungen zu befolgen sowie auch nichtversicherte geschlechtskranke Familienangehörige hierzu anzuhalten. (Entsch. des Reichsversicherungsamts vom 3. Dezember 1920, Amtl. Nachr. 1921 S. 180 und Amtl. Mitt. 1921 Nr. 5.)

Es gilt dies endlich für jede Werbetätigkeit im Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten, bei der es an den nötigen Hinweisen auf die Organisation und Tätigkeit der Beratungsstelle der Landesversicherungsanstalt nicht fehlen darf, mag es sich nun um Plakate oder Anzeigen oder um Vorträge und Filmvorführungen oder um wissenschaftliche, insbesondere sozialhygienische Fortbildungskurse für Ärzte und andere Berufsgruppen handeln. Überall ist die Beratungsstelle als Mittelpunkt der praktischen Fürsorge hervorzuheben.

Die hier aufgestellte Forderung findet auch Berücksichtigung in dem Entwurf des Reichsgesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, wo im § 7 bestimmt ist, daß der Arzt bei Behandlung einer ansteckenden Geschlechtskrankheit »der Beratungsstelle Anzeige zu erstatten hat, wenn der Kranke sich der ärztlichen Behandlung entzieht oder wenn er andere infolge seines Berufes oder seiner persönlichen Verhältnisse besonders gefährdet«. Zu begrüßen ist einerseits, daß hier die Beratungsstelle als diejenige Stelle bezeichnet wird, an welche die Meldung zu erfolgen hat, und nicht die Gesundheitsbehörde, letztere vielmehr erst in Kenntnis gesetzt werden muß, wenn der Kranke den Anweisungen der Beratungsstelle nicht nachkommt. Irgendwelche Zwangsmittel werden also auch nach dem Entwurf seitens der Beratungsstelle nicht ausgeübt werden. Hierfür ist vielmehr die Gesundheitsbehörde nach Maßgabe der näheren Bestimmungen im § 3 des Entwurfs zuständig. Ob aber anderseits die im Entwurf festgesetzte »beschränkte« Anzeigepflicht des § 7 große praktische Bedeutung haben wird, muß bezweifelt werden. Einmal weil die Voraussetzungen der Meldepflicht recht dehnbar sind und der Beurteilung und dem Gewissen des einzelnen Arztes einen außerordentlich weiten Spielraum lassen, und sodann, weil die im § 7 des Entwurfs ausgesprochene Meldepflicht eine lex imperfecta ist, der keinerlei Strafandrohung bei Verletzung dieser Meldepflicht zur Seite steht, wie dies beispielsweise in dem entsprechenden schwedischen Gesetz durch Androhung einer Geldstrafe ausdrücklich vorgesehen ist. Sollte daher der Entwurf in dieser Form Gesetz werden, so wird es wesentlich wie bisher auf die soziale Einsicht der Ärzte und ihre freiwillige Unterstützung der Beratungsstellen ankommen....“

Beantwortung von Anfragen.

Rechtsauskünfte aus unserem Arbeitsgebiet erteilen wir den Beziehern unserer Zeitschrift bereitwillig, ohne indessen eine Verpflichtung oder eine zivilrechtliche Haftung zu übernehmen. Für schriftliche Auskunft wird Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten, und zwar auch dann, wenn nur Bescheid durch die Zeitschrift erbeten, die Sache aber zur Veröffentlichung an dieser Stelle nach unserem Ermessen nicht geeignet ist.

Dringende Bitte!

Auch in diesem Sommer haben die Mitglieder unserer Schriftleitung das Bedürfnis, sich von der anstrengenden Tagesarbeit zurückzuziehen und auswärts Erholung zu suchen. Die Leser der „Arbeiter-Versorgung“ werden daher gebeten, während der nächsten Wochen nur unumgänglich nötige Fragen an den Briefkasten zu richten und uns ausreichende Zeit zur Beantwortung zu lassen.

Krankengeld aus der Versicherung einer Frau neben Wochengeld nach § 205a RVO. aus der Versicherung des Ehemannes.

1. *Nach Hermülheim.* Frage: Die Ehefrau eines Kassenmitgliedes ist am 11. 6. 21 niedergekommen und bezieht aus der Versicherung ihres Ehemannes Familienwochenhilfe. Ein Anspruch auf Wochenhilfe aus der eigenen Versicherung ist nicht gegeben, da die 26wöchige Wartezeit am Tage der Entbindung nicht erfüllt war. Am 13. 6. 21 erkrankte die Wöchnerin an Lungenspitzenkatarrh und Krampfaderentzündung und erhebt als Mitglied Anspruch auf Krankengeld. Ist in diesem Falle Wochengeld aus der Versicherung des Mannes und Krankengeld aus eigener Versicherung nebeneinander zu zahlen, oder findet auch hier die Bestimmung des § 195a, wonach Krankengeld neben Wochengeld nicht gezahlt werden darf, Anwendung?

Antwort: Die Vorschrift des § 195a Abs. 2 (früher § 195 Abs. 2) RVO., wonach Krankengeld neben Wochengeld nicht gewährt wird, betrifft nach ihrer Stellung im Gesetze unmittelbar nur den Anspruch der Wöchnerin aus ihrer eigenen Versicherung. Eine Ausdehnung auf den Fall, daß die Wöchnerin Wochengeld aus ihrer eigenen Versicherung bezieht, der Ehemann aber für die gleiche Zeit auf Grund seiner Versicherung Krankengeld für die erkrankte und arbeitsunfähige Wöchnerin fordert, ließe sich also nur herleiten aus der Annahme eines allgemeinen Grundsatzes, daß Doppelleistungen für die gleiche Zeit schlechthin ausgeschlossen seien. Eine solche Annahme läßt aber das Reichsversicherungsamt nicht gelten. Es hat insbesondere den Anspruch des Ehemannes auf Kriegswochenhilfe für seine Frau neben dem Anspruche der Frau selbst auf Wochenhilfe auf Grund ihrer eigenen Versicherung anerkannt (Entsch. 2390 Amtl. Nachr. 1917 S. 605, ArbVers. 1918 S. 47) und ebenso den Bezug von Familienwochenhilfe aus § 205a neben dem Bezuge von Wochenhilfe aus eigener Versicherung nach § 195a RVO. (Entsch. 2610 Amtl. Nachr. 1921 S. 169, ArbVers. 1921 S. 250). In den Entscheidungen ist davon ausgegangen, daß es sich um zwei selbständige Ansprüche handle, deren Träger verschiedene Personen seien,

Digitized by Google

und daß es daher nicht gerechtfertigt sei, von Doppelleistungen im Rechtssinne zu sprechen und die Gewährung der einen Leistung zu versagen, weil die andere bezogen wird. Von diesem grundsätzlichen Standpunkt aus muß auch der Anspruch der Ehefrau auf Krankengeld aus ihrer eigenen Versicherung (§ 182 RVO.) neben dem Anspruch des versicherten Ehemannes auf Wochengeld für seine Frau aus § 205a RVO. als begründet erachtet werden. — Nebenbei sei darauf hingewiesen, daß die erwähnte Entsch. 2610 (ArbVers. 1921 Heft 13 S. 250) einen Fall betraf, der nach § 205a RVO. in der älteren Fassung des Wochenhilfegesetzes zu beurteilen war. Nach der neuen Fassung (Bekanntm. v. 22. 5. 20) setzt die Gewährung der Familienwochenhilfe voraus, daß der Wöchnerin ein Anspruch auf Wochenhilfe nach § 195a — also ein Anspruch aus eigener Versicherung — nicht zusteht (§ 205a Abs. 1 Ziff. 2). Die Beurteilung des vorliegenden Falles wird durch diese Rechtsänderung selbstverständlich nicht berührt. Daß man es für notwendig erachtete, die Gewährung von Leistungen der Wochenhilfe aus § 205a ausdrücklich auszuschließen, wenn ein Anspruch aus § 195 besteht, unterstützt vielmehr die Auffassung, daß grundsätzlich die Ansprüche aus eigener Versicherung und auf Grund der Familienhilfe selbständig nebeneinander geltend gemacht werden können.

Von der Bemessung des Versorgungskrankengeldes und dem Ersatzanspruch der Krankenkasse nach §§ 12, 14 RVG.

2. **Nach Köln.** Antwort: a) Das RVG. versucht, die Heilfürsorge für die Kriegsbeschädigten in enge Beziehungen zur Krankenversicherung zu bringen und sie der Kassenpraxis möglichst anzupassen. Das Gesetz enthält aber Unklarheiten, die seine Durchführung erschweren. Der § 12 RVG. ist ein Musterbeispiel dafür. Nach ihm ist „die Höhe des Krankengeldes so zu bemessen, als ob der Beschädigte der Krankenkasse freiwillig beigetreten wäre". Dabei wurde übersehen, daß die Krankenkassen das Krankengeld nach einem Grundlohn berechnen, der wiederum nach dem faktischen Arbeitsverdienst oder nach einem durchschnittlichen Tagesentgelt festgestellt wird. Für Personen, die aus der Zwangsversicherung ausscheiden und ihre Kassenmitgliedschaft nun freiwillig fortsetzen, stehen die Grundlöhne bereits fest. Für Personen, die der Kasse gemäß § 176 RVO. freiwillig beitreten, bildet zur Zeit noch ein Jahreseinkommen von 2500 ℳ die obere Begrenzung für die Beitrittsberechtigung und damit auch für die Feststellung des Grundlohnes. Die Ausführungsbestimmungen zum § 12 RVG. suchen das Gesetz in dieser Beziehung zu verbessern, indem sie (Abs. 3) bestimmen: „Das Krankengeld beträgt nach dem hier maßgebenden § 182 Nr. 2 der RVO. die Hälfte des Grundlohnes; dieser wird nach § 180 Abs. 5 RVO. durch die Satzung der Krankenkasse bestimmt." Zweifelsfreie Klarheit aber wird auch dadurch nicht geschaffen, da die Schwierigkeit eben in der Ermittlung des Grundlohnes liegt. Sehr viele Kriegsbeschädigte (es handelt sich ja im § 12 um Zugeteilte, d. h. nicht versicherte Beschädigte) haben vielleicht seit Beginn des Krieges einer Erwerbstätigkeit nicht mehr nachgehen können. Ein Einkommen aus gewinnbringender Beschäftigung können sie also entweder gar nicht oder doch nur sehr lückenhaft nachweisen. Anderseits sollen Härten möglichst vermieden werden. Aus allen diesen Gründen ist die vom Arbeitsministerium auf Vorschlag der Hauptverbände der Krankenkassen vorgenommene Festsetzung von sechs Grundlohnstufen für Zugeteilte (und Ausgesteuerte) als ein Ausweg zu begrüßen, der die Handhabung des Gesetzes allen Teilen erleichtern soll. Das von den Versorgungsbehörden gem. § 63 RVG. zu ermittelnde und in den Rentenbescheiden angegebene Jahreseinkommen des Beschädigten soll danach einen Anhalt für die Feststellung des Grundlohnes geben (S. 25 ff. der Amtl. Leitsätze). Andernfalls müssen Steuerzettel, Lohnzettel u. dgl. als Unterlagen dienen. In zweifelhaften Fällen soll nach pflichtmäßigem Ermessen entschieden werden. Eine weitherzige Auslegung zugunsten des Beschädigten wird Härten vermeiden.

b) Solange die Kasse satzungsmäßig Krankengeld zu zahlen hat, kommt das Versorgungskrankengeld nicht in Frage. Zweifellos liegt darin eine Härte, daß das Gesetz nicht darauf Bedacht nimmt, daß einzelne Kassen die Unterstützungsfrist wohl über die 26. Woche hinaus ausdehnen, das Krankengeld von diesem Zeitpunkt ab aber herabsetzen. Im Abs. 1 der Ausführungsbestimmungen zu § 12 RVG. heißt es: „Soweit einem Beschädigten auf Grund der RVO. oder der Satzung der Krankenkasse ein Anspruch auf Krankengeld zusteht, hat es hierbei sein Bewenden." Der Beschädigte müßte sich also mit dem Teilkrankengeld der Kasse begnügen. Die Versorgungsbehörden können aber diese Härte dadurch beseitigen, daß sie, auf Antrag des Beschädigten, die Krankenkasse anweisen, Versorgungskrankengeld zu zahlen. In diesem Falle wäre nur die Differenz zwischen Teil- und Versorgungskrankengeld auf das Reich zu übernehmen.

c) Ob der Ersatz über die 26. Woche hinaus nach dem bis dahin gezahlten oder nach dem Teilkrankengeld zu leisten sein wird, ist zweifelhaft. § 14 RVG. spricht nur allgemein von der „Hälfte des satzungsmäßigen Krankengeldes". Berücksichtigt man jedoch, daß das eigentliche Heilverfahren auch nach Abschluß der 26 Wochen unverändert bleibt und daß nur das Krankengeld herabgesetzt wird, so wäre jedenfalls zu raten, grundsätzlich den Anspruch auf Ersatz in Höhe der Hälfte des in den ersten 26 Wochen gezahlten „satzungsmäßigen Krankengeldes" geltend zu machen.

Verhältnis des Anspruchs aus § 214 RVO. zur Versicherung auf Grund der Erwerbslosenfürsorge.

3. **Nach M.** Frage: Ein Erwerbsloser, welcher länger als sechs Wochen ununterbrochen Pflichtmitglied unserer Kasse war, wegen Erwerbslosigkeit aus der Kasse ausgeschieden ist und im Anschluß daran gemäß § 12b der Erwerbslosenverordnung auf Grund einer Vereinbarung mit der Stadtgemeinde bei unserer Kasse versichert ist, ist noch innerhalb der Dreiwochenfrist des § 214 RVO. erkrankt. Unter Bezugnahme auf § 12b Abs. 4 der Erwerbslosenverordnung bitten wir um Mitteilung: a) ob der Versicherte in solchen Fällen unter allen Umständen das Krankengeld im vollen Betrag der Regelleistung gemäß § 214 RVO. von unserer Kasse erhalten muß, wenn das Krankengeld nach § 12b Abs. 2 der Erwerbslosenverordnung niedriger ist; b) ob in solchen Fällen, wenn zwei verschiedene Kassen beteiligt und die Leistungen nach § 214 höher sind als die Leistungen aus § 12b der Erwerbslosenverordnung, die eine Kasse die Leistungen aus

Digitized by Google

§ 12b der Verordnung und die andere Kasse den Unterschied, d. h. den Mehrbetrag bis zur Höhe der Leistungen aus § 214 zu gewähren hat. — Bei der Behandlung eines solchen Falles ist ferner die Auffassung zum Ausdruck gekommen, daß die Geltung des § 214 RVO. — einer gesetzlichen Bestimmung — durch die Verordnung überhaupt nicht aufgehoben werden könnte.

Antwort: Das gegen die Gültigkeit der Verordnung, soweit sie den § 214 RVO. berührt, erhobene Bedenken ist unbegründet. Die erste Verordnung über Erwerbslosenfürsorge vom 13. 11. 18 ist auf Grund eines Erlasses des Rats der Volksbeauftragten, der damals die gesetzgebende Gewalt im Reiche darstellte, vom Demobilmachungsamt mit Gesetzeskraft erlassen, und in entsprechender Weise und mit gleicher Wirkung sind weiterhin die abändernden Verordnungen ergangen und im Reichsgesetzblatt verkündet (zu vgl. Kaskel, Das neue Arbeitsrecht, S. 89). Nach § 12b Abs. 3 der Vrdg. in der Fassung vom 26. 1. 20 bestimmen sich die Leistungen der Kasse an Erwerbslosenunterstützung (zu vgl. Abs. 1 und 2) nach den gleichen Grundsätzen wie für Versicherungspflichtige. Nach Abs. 4 gilt § 214 RVO. nicht, soweit danach dem Erwerbslosen neben den Ansprüchen nach Abs. 3 gegen eine andere Kasse zustehen würden. Danach hat Abs. 4 keinen Bezug auf den ersten Fall Ihrer Anfrage, weil hier der Anspruch aus § 214 sich gegen dieselbe Kasse richtet, die auch zur Leistung der Erwerbslosenfürsorge verpflichtet ist. Dem Erwerbslosen gebührt also das Krankengeld aus § 214, wenn dieses höher ist als das nach dem Grundlohn des Abs. 2 bemessene. Im zweiten Falle der Anfrage aber ergibt sich aus der Fassung des Abs. 4 zweifelsfrei, daß die andere Kasse, gegen die ein Anspruch aus § 214 RVO. besteht, der über die Leistungen der fürsorgepflichtigen Kasse nach § 12b Abs. 3 Vrdg. hinausgeht, den Mehrbetrag bezahlen muß; denn nur „soweit" dem Erwerbslosen eine Doppelleistung zustehen würde, gilt § 214 nicht. Zu vgl. Lehfeldt, Erwerbslosenfürsorge, Anmerk. 13 zu § 12b; Krause, Anm. 13 zu § 12b.

Das Jahr vor der Niederkunft im Sinne des § 197 (§ 195a) RVO.

4. **Nach Barkenstein.** Frage: Wir bitten um Mitteilung darüber, wie das für den Erstattungsanspruch des § 197 RVO. maßgebende Jahr zu rechnen ist, wenn z. B. der Tag der Niederkunft der 24. Oktober 1920 war.

Antwort: Ein Jahr ist der Zeitraum von zwölf Monaten. Das Jahr vor der Niederkunft reicht daher nach § 125 bis auf 24. Oktober 1920 (einschließlich) zurück.

Krankengeld und Wochengeld.

5. **Nach C.** Frage: Eine Wöchnerin, die Mitglied unserer Kasse ist, erhält gemäß § 205a RVO. Wochenhilfe, da die Voraussetzungen für die Gewährung der Wochenhilfe nach § 195a RVO. nicht gegeben sind. In der Zeit des Wochengeldbezugs meldete sich das betreffende Mitglied wegen Eiterung der Brust arbeitsunfähig. Wochengeld bezieht das Mitglied nach § 205a täglich 1,50 ℳ, während das Krankengeld 7,90 ℳ betragen würde. Wir bitten um Auskunft, ob das Krankengeld (7,90 ℳ) zu zahlen ist, und während dieser Zeit das Wochengeld zu ruhen hat, oder aber ob ein Anspruch auf Krankengeld mit Rücksicht auf den Wochengeldbezug überhaupt nicht gegeben ist.

Antwort: Nach § 195a Abs. 3 RVO. wird Krankengeld neben Wochengeld nicht gewährt. Das bedeutet, daß die Wöchnerin kein Krankengeld erhält, wenn sie Wochengeld tatsächlich bezieht. Sie kann aber nicht angehalten werden, das Wochengeld zu fordern und zu beziehen, sondern kann diesem Anspruch jederzeit entsagen. Mithin kann sie, wenn sie arbeitsunfähig erkrankt ist, statt des Wochengeldes das ihr nach § 183 RVO. zustehende höhere Krankengeld beanspruchen.

Betriebskrankenkasse für die im „Dienst" einer Stadtgemeinde Beschäftigten.

6. **Nach A.** Antwort: Wir sind der Meinung, daß im § 245 RVO. das Wort „Betrieb" nicht in dem engeren Sinne eines Inbegriffs von nur wirtschaftlichen Tätigkeiten zu verstehen ist, sondern daß dort auch die der allgemeinen Verwaltung dienenden Dienstbetriebe des Reichs, der Staaten, der Gemeindeverbände und Gemeinden inbegriffen sind, daß also eine Stadtgemeinde eine Betriebskrankenkasse auch für die in der allgemeinen Stadtverwaltung Beschäftigten errichten kann. Gegenteiliges kann nicht aus § 246 gefolgert werden, wo nur die Dienstbetriebe des Reichs und der Bundesstaaten erwähnt sind; denn diese Vorschrift will nicht neues Recht schaffen, sondern nur eine früher streitige Frage klarstellen, die sich auf Dienstbetriebe der Gemeinden nicht minder als auf Reichs- und Staatsdienstbetriebe bezog. In der Begründung zu § 255 Abs. 3 (§ 270 Entw. S. 178), wo gleichfalls nur von Kassen für Betriebe des Reichs oder der Bundesstaaten die Rede ist, heißt es, daß diese Ausnahme sich nicht auf Kassen „anderer öffentlicher Verwaltungen, wie Städte, Kreise, Provinzen" bezieht. Das unterstützt die Auffassung, daß im Sinne des Gesetzes Betriebskrankenkassen auch für die allgemeine Verwaltung von Stadtgemeinden usw. zulässig sind (zu vgl. Hahn, Anm. zu § 246; Siefart-Sitzler, Anm. 3 zu § 245 und Anm. zu § 246; Petersen, Anm. zu § 246. Anders nur v. Frankenberg, Anm. 2).

Sonnenbäder als Heilmittel.

7. **Nach Bochum.** Antwort: Sonnenbäder bezwecken eine Heilwirkung durch sachkundig geregelte Einwirkung des natürlichen Sonnenlichts auf die Haut und müssen daher, wenn sie vom Arzte verordnet, also notwendig sind, als Heilmittel von der Kasse bezahlt werden — nicht anders als Bestrahlungen mittels künstlicher Höhensonne.

Orthopädische Gymnastik und Massage.

8. **Nach Oschatz.** Antwort: Orthopädische Gymnastik und Massage nach Anordnung und unter Leitung oder Aufsicht eines Arztes ist ärztliche Behandlung und folglich in den Grenzen des Notwendigen von der Kasse zu bezahlen. Muß der Versicherte zu diesem Zwecke einen auswärtigen Arzt oder das von ihm geleitete Institut aufsuchen, so gehören die notwendigen Reisekosten gleichfalls zu den von der Kasse zu tragenden Kosten der ärztlichen Behandlung (zu vgl. Entsch. des RVA. in ArbVers. 1920 S. 609).

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Str. 12.
Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Beddigenweg 64.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., in Berlin SW 68, Kochstr. 68—71

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bernhard, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

Heft 1326 der ganzen Folge.

38. Jahrgang | 21. August 1921 | Heft 24

Die Entscheidung über die Rentenansprüche durch die Landesversicherungsanstalten.

Von Landesrat Seelmann in Oldenburg i. O.

Nach § 1630 RVO. werden die Leistungen aus der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung durch den Vorstand der Versicherungsanstalt festgestellt. Zuständig ist nicht der Gesamtvorstand, sondern das einzeln beamtete Vorstandsmitglied. Zwar stände rechtlich nichts im Wege, durch die Satzung der Landesversicherungsanstalt die Entscheidung dem Gesamtvorstande zuzuweisen, tatsächlich ist dies aber nicht möglich, denn der Gesamtvorstand müßte dann täglich den ganzen Tag tagen, so daß die ehrenamtlichen Mitglieder des Vorstandes Beamte werden müßten; eine Mitwirkung ehrenamtlich tätiger Personen als Vertreter der Arbeitgeber und der Versicherten würde also auch dann nicht stattfinden. Einzelne Anstalten haben die Entscheidung über die Ansprüche in besonderen Fällen dem Gesamtvorstande zugewiesen, z. B. wenn der Vorsitzende die kollegiale Beschlußfassung für geboten erachtete, oder bei Entziehung von Invalidenrenten, wenn der Rentenempfänger der Entziehung widerspricht, oder wenn die Invalidität entgegen dem Gutachten oder dem einstimmigen Gutachten des Versicherungsamts verneint werden soll.

Die neue Zeit verlangte aber eine vermehrte Mitwirkung der Vertreter der Arbeitgeber und der Versicherten. Zur Entscheidung durch den Gesamtvorstand eignen sich die Rentenansprüche im allgemeinen weniger, weil das Verfahren dadurch zu schwerfällig und der Gesamtvorstand durch viele Kleinarbeit zu sehr belastet wird. Eine Landesversicherungsanstalt hatte daher schon früher eine besondere Abteilung des Gesamtvorstandes gebildet, bestehend aus einem beamteten Vorstandsmitgliede als Vorsitzenden und je einem Vertreter der Arbeitgeber und der Versicherten, und dieser Abteilung war die Entscheidung über gewisse Rentenansprüche übertragen. Derartige Vorstandsabteilungen sind jetzt auch durch die Satzungen anderer Landesversicherungsanstalten gebildet. Ob es zulässig ist, derartigen Vorstandsabteilungen die selbständige Erledigung von Verwaltungsgeschäften zu übertragen, ist recht zweifelhaft, denn das Gesetz kennt als Organ der Landesversicherungsanstalten derartige Vorstandsabteilungen nicht. Das Reichsversicherungsamt hat aber Satzungsänderungen der Landesversicherungsanstalten, durch die Vorstandsabteilungen mit eigenen Befugnissen gebildet werden, genehmigt, und damit ist die Sache für die Praxis entschieden.

Im einzelnen ist man in den Bezirken der einzelnen Landesversicherungsanstalten verschieden vorgegangen. In den bisher bekanntgewordenen Satzungsänderungen ist bestimmt worden, daß solche Sachen an die

Digitized by Google

Vorstandsabteilung kommen, in denen entgegen dem Gutachten des Versicherungsamts zuungunsten des Versicherten entschieden werden soll. Das wird die beste Grenze sein, denn wenn das Versicherungsamt, bei dem in den gesetzlich vorgeschriebenen Fällen schon Vertreter der Arbeitgeber und der Versicherten mitwirken, den erhobenen Anspruch für unbegründet oder die Entziehung, Einstellung oder Versagung von Renten für begründet erachtet, dürfte eine nochmalige Zuziehung von Vertretern der Arbeitgeber und der Versicherten durch den Vorstand der Landesversicherungsanstalt sich im allgemeinen erübrigen. Für besondere Fälle ist trotzdem noch mehrfach durch die Satzung bestimmt worden, daß, wenn der Vorsitzende die Beratung durch die Abteilung für geboten erachtet, auch sonst die Gewährung, Versagung, Ablehnung, Entziehung und Einstellung von Renten, Witwengeld und Waisenaussteuer vor die Abteilung zu bringen sind. Von dieser Befugnis kann, soweit es sich um die Gewährung von Renten handelt, nur mit großer Vorsicht Gebrauch gemacht werden, denn durch die Überweisung der Sache an die Abteilung tritt stets eine Verzögerung ein, die zu den Renten zu gewährende Beihilfe darf aber nur für drei Monate nachgezahlt werden.

Nicht gleichmäßig sind die Befugnisse geregelt, die der Abteilung zustehen. Nach der Satzung zweier Versicherungsanstalten ist der Abteilung nur die „Beratung" der Rentensachen übertragen. Wenn, wie wohl angenommen werden muß, der Abteilung die Beschlußfassung nicht zusteht, bleibt die Verantwortung für die Entscheidung dem Vorsitzenden der Abteilung, d. h. dem beamteten Vorstandsmitgliede, allein. Wird der Vorsitzende von den beiden Beisitzern überstimmt und hält er die Auffassung der Beisitzer für unrichtig, so muß er pflichtgemäß entgegen deren Auffassung entscheiden. Das kann dann leicht zu Konflikten führen. In anderen Satzungen ist daher der Abteilung ausdrücklich die Beratung und Beschlußfassung übertragen. Damit fällt ihr die völlige Verantwortung für den gefaßten Beschluß zu und der Vorsitzende hat dann lediglich den Beschluß auszuführen. Aber auch dies kann zu Schwierigkeiten führen, wie hier näher dargelegt werden soll.

Der Vorstand der Landesversicherungsanstalt steht bei der Bewilligung von Leistungen den Versicherten anders gegenüber als in gleichen Fällen der Vorstand der Krankenkasse und Berufsgenossenschaft. Wenn Krankenkasse und Berufsgenossenschaft Leistungen gewähren, so gewähren sie diese aus ihrem eigenen Vermögen und sie müssen die Mittel für diese Leistungen selbst durch Beiträge oder Umlagen aufbringen. Ganz anders auf dem Gebiete der Invalidenversicherung. Wenn hier Renten von einer Landesversicherungsanstalt bewilligt werden, so sind sie nicht nur aus der Kasse dieser Landesversicherungsanstalt zu zahlen, sondern zum größeren Teile von anderen Stellen, nämlich der Reichszuschuß und die Beihilfe aus der Reichskasse und im übrigen wesentliche Teile der Rente und auch die Rentenzulage aus dem Gemeinvermögen der Landesversicherungsanstalten. Für die Entscheidung über den Rentenanspruch ist auch nicht diejenige Versicherungsanstalt zuständig, die die Beiträge empfangen hat, sondern die Versicherungsanstalt, in deren Bezirk der Versicherte zur Zeit des Antrages wohnt oder beschäftigt ist. Es ist keine Seltenheit, daß die entscheidende Versicherungsanstalt von dem Versicherten nicht einen einzigen Beitrag erhalten hat. Daher steht die entscheidende Versicherungsanstalt dem Versicherten nicht als Partei, sondern als Richter gegenüber; in die Parteistellung gelangt sie erst, wenn gegen ihren Bescheid Berufung eingelegt wird. Und anderseits brauchen die Landesversicherungsanstalten auch nicht für die erforderlichen Geldmittel selbst zu sorgen, die Beiträge werden vielmehr durch Gesetz festgelegt. Wenn hiernach eine Landesversicherungsanstalt in der Bewilligung von Renten weiter geht, als das Gesetz es zuläßt, so treffen die finanziellen Folgen einer solchen Praxis sie nicht unmittelbar. Solange die

Digitized by Google

einzelnen beamteten Vorstandsmitglieder über die Rentenansprüche allein entschieden, konnte bei Verstößen gegen das Gesetz im Dienstaufsichtswege gegen das Vorstandsmitglied vorgegangen werden, auch konnte dieses persönlich haftbar gemacht werden. Wie gestaltet sich aber die Sache, wenn die Vorstandsabteilung Renten bewilligt, die nach dem Gesetz nicht bewilligt werden durften?

Zur Vermeidung von Mißverständnissen will ich ausdrücklich betonen, daß mir derartige Fälle nicht bekannt geworden sind. Die Zahl der Versicherungsanstalten, die derartige Vorstandsabteilungen haben, ist bisher noch gering, und auch da, wo sie bestehen, sind sie erst kurze Zeit in Wirksamkeit. Aber es ist doch wohl denkbar, daß derartige Verhältnisse irgendwo einmal eintreten. Besonders solche Herren, die in der privaten Wohlfahrtspflege tätig, können sich manchmal schwer daran gewöhnen, daß im Bereiche der sozialen Gesetzgebung Leistungen nur beim Vorhandensein der gesetzlichen Voraussetzungen gewährt werden dürfen. Eine Vorstandsabteilung konnte z. B. in der Annahme von Invalidität außerordentlich weit gehen; sie konnte etwa Berufsinvalidität anerkennen oder annehmen, daß Arbeitslosigkeit infolge beschränkter Erwerbsfähigkeit Invalidität bedinge. Oder sie könnte, wie es von Versicherungsämtern zuweilen empfohlen wird, die Rente aus Billigkeitsgründen auch dann bewilligen, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen für den Anspruch nicht vorhanden sind. Sie könnte der Bedürftigkeitsfrage eine entscheidende Bedeutung beimessen, die Nachlieferung verjährter Beiträge zulassen usw. Was kann dann dagegen geschehen?

Ein Einschreiten der Aufsichtsbehörde wird kaum in Frage kommen, denn die einmal bewilligte Rente steht rechtskräftig fest und die Mitglieder der Vorstandsabteilung sind für die Zukunft an die Auffassung der Aufsichtsbehörde nicht gebunden. Das beamtete Vorstandsmitglied kann zwar abberufen werden, wodurch aber an den Verhältnissen nichts geändert würde, wenn die unrichtigen Entscheidungen auf den Stimmen der Beisitzer beruhen. Diesen ist im Aufsichtswege nicht beizukommen; Amtsenthebung nach § 24 RVO. kann nur in ganz groben Fällen in Frage kommen, und jedenfalls dann nicht, wenn zu weitherzig Invalidität angenommen wird. Persönliche Haftbarmachung der einzelnen Abteilungsmitglieder ist auch nicht möglich, meist schon deshalb nicht, weil aus der Niederschrift über die Abteilungssitzung nicht zu erkennen ist und nach allgemeinen Rechtsgrundsätzen (da es sich um richterliche Tätigkeit handelt) auch wohl nicht erkennbar gemacht werden darf, wie das einzelne Abteilungsmitglied gestimmt hat. Auch ein Rechtsmittel gegen die Entscheidung der Abteilung ist nicht möglich. Zwar bestimmt § 1675 RVO. allgemein, daß gegen Bescheide der Träger der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung das Rechtsmittel der Berufung an das Oberversicherungsamt zulässig ist. Aber es liegt in der Natur der Sache, daß dieses Rechtsmittel nur dem Berechtigten selbst zusteht, nicht auch dem Vorstande der Landesversicherungsanstalt, denn dieser kann nicht gegen seinen eigenen Bescheid Berufung einlegen. An dieser Rechtslage wird auch dadurch nichts geändert, daß die Beschlußfassung der Vorstandsabteilung übertragen ist, denn auch in diesem Falle wird der Bescheid selbst in Ausführung des Abteilungsbeschlusses vom Vorstande erlassen (§ 1630 RVO.).

Eine Landesversicherungsanstalt hat in ihre Satzung folgende Bestimmung aufgenommen: „Verstößt eine Entscheidung nach Ansicht des Leiters der Abteilung gegen das bestehende Recht, so ist die Sache dem Gesamtvorstande zur Entscheidung vorzulegen." Eine solche Bestimmung halte ich für recht zweckmäßig. Sie wird gewiß nicht zu häufig angewendet werden, ihr bloßes Vorhandensein wird schon genügen, unrichtige Entscheidungen zu vermeiden oder in zweifelhaften Fällen die Entscheidung auf breitere Schultern abwälzen. Würde auch die Entscheidung des Gesamtvorstandes gegen das Gesetz verstoßen, so hat sie der Vorsitzende durch Beschwerde an die Aufsichtsbehörde zu bean-

Digitized by Google

ſtanden (§ 8 RVO.). Ich möchte übrigens annehmen, daß eine ſolche Beanſtandung auch zuläſſig und erforderlich iſt, wenn es ſich nur um einen Beſchluß der Vorſtandsabteilung handelt. Zwar ſpricht § 8 RVO. nur von Beſchlüſſen der Organe des Verſicherungsträgers, und eigentliche Organe der Landesverſicherungsanſtalten ſind nur der Vorſtand und der Ausſchuß. Nachdem aber den Vorſtandsabteilungen ſelbſtändige Befugniſſe durch die Satzung der Verſicherungsanſtalten übertragen ſind, wird man auch die Vorſtandsabteilungen als Organe im Sinne des § 8 anerkennen müſſen.

Eine befriedigende Löſung iſt dies indeſſen nicht. Die Beanſtandung von Beſchlüſſen der Anſtaltsorgane durch den Vorſtandsvorſitzenden kann nur bei klaren Rechtsverletzungen erfolgen; auch werden Beſchwerden über die eigenen Anſtaltsorgane das gute Einvernehmen zwiſchen den Beteiligten ſtören. In den Fällen, die hauptſächlich in Betracht kommen würden, nämlich bei irrtümlicher Annahme von Invalidität, würde das Beſchwerdeverfahren meiſt verſagen, da eine Rechtsverletzung kaum nachweisbar ſein wird, jedenfalls dann nicht, wenn die Mitglieder der Abteilung ihre Auffaſſung nicht begründen. Irgendeine Unterlage für die Annahme der Invalidität wird immer vorhanden ſein, in der Regel das Gutachten des Verſicherungsamts, denn nur, wenn entgegen dem Gutachten des Verſicherungsamts entſchieden werden ſoll, kommt die Rentenſache an die Abteilung. Bedenklich iſt auch, daß beim Beſchwerdeverfahren die Aufſichtsbehörde genötigt wird, als ſolche zu dem Rentenanſpruch Stellung zu nehmen, über den ſie vielleicht ſpäter nochmals in der Reviſionsinſtanz entſcheiden muß.

Wenn hiernach das geltende Recht eine befriedigende Löſung dieſer Frage nicht bietet, ſo fragt es ſich weiter, ob es ſich empfiehlt, bei der kommenden Reviſion der Reichsverſicherung auf dieſe Neugeſtaltung der Dinge Rückſicht zu nehmen. Ich möchte dieſe Frage bejahen, denn es muß ſichergeſtellt werden, daß bei den Landesverſicherungsanſtalten das Geſetz richtig angewendet wird und daß auch die Gleichmäßigkeit der Rechtsübung durch den Wechſel der Abteilungsmitglieder nicht geſtört wird. Am zweckmäßigſten ſcheint es mir zu ſein, daß durch die RVO. dem Vorſtande der Landesverſicherungsanſtalt das Recht gegeben wird, gegen die Entſcheidung der Abteilung Berufung an das Oberverſicherungsamt einzulegen. Dabei gehe ich nicht ſo weit zu fordern, daß die Berufung in allen Fällen zugelaſſen wird, meine vielmehr, daß es genügt, wenn die Berufung auf ſolche Fälle beſchränkt wird, in denen auch die Reviſion gegen die Entſcheidungen der Oberverſicherungsämter zuläſſig iſt, daß alſo die Berufung nur darauf geſtützt werden kann, daß die Entſcheidung der Abteilung auf der Nichtanwendung oder der unrichtigen Anwendung des beſtehenden Rechtes oder auf einem Verſtoße wider den klaren Inhalt der Akten beruht. Bei einer ſolchen Regelung würde den Entſcheidungen der Abteilung ihre Bedeutung bleiben, die Beachtung des geltenden Rechtes würde aber ſichergeſtellt ſein, und der Vorteil gegenüber dem Beſchwerdeverfahren würde darin liegen, daß die Streitſache im ordentlichen Rechtsmittelverfahren entſchieden wird.

Pflichtverbände der Krankenkaſſen.

Von Oberregierungsſekretär Zacharias beim Oberverſicherungsamt Chemnitz.

Die Reichsregierung verfolgt den Gedanken der Einführung von Pflichtverbänden der Krankenkaſſen, der ſich bereits zu Geſetzentwürfen verdichtet hat, die dem Reichsrate vorliegen. Urſprünglich war geplant, die Pflichtverbände als Verſicherungsträger für die Arbeitsloſenverſicherung auszugeſtalten. Nachdem aber die Geſetzgebung über die Arbeitsloſenverſicherung hinausgeſchoben worden iſt, hält die

Digitized by Google

Reichsregierung gleichwohl an dem Gedanken der Krankenkassenpflichtverbände fest, von der Ansicht ausgehend, daß auch ohne die Arbeitslosenversicherung ein reiches Arbeitsfeld auf diese Verbände harrt.

Es soll hier nicht auf die Frage eingegangen werden, ob die Arbeitslosenversicherung, wenn sie doch noch zur Tatsache werden sollte, den Trägern der Krankenversicherung angegliedert werden soll oder nicht. Erörtert soll lediglich werden, ob die jetzigen Aufgaben der Krankenversicherung Pflichtverbände als erwünscht erscheinen lassen.

Nach §§ 406 ff. RVO. ist schon jetzt die Möglichkeit gegeben, daß sich die Krankenkassen für gewisse örtliche Gebiete im Wege der Freiwilligkeit zu öffentlich-rechtlichen Verbänden zusammenschließen können. Aus dem Umstande, daß von dieser Möglichkeit nur in sehr geringem Umfange Gebrauch gemacht worden ist, könnte geschlossen werden, daß für einen solchen Zusammenschluß kein Bedürfnis besteht. Diese Annahme hält aber einer eingehenden Prüfung nicht stand. Die meisten Personen, die mit der Anwendung der Reichsversicherungsordnung betraut sind, haben die auf dem Gebiete der Krankenversicherung bestehende Zersplitterung wohl schon als etwas Unseliges empfunden und würden es freudig begrüßt haben, wenn diese Zersplitterung wenigstens durch die Bildung von Verbänden nach §§ 406 ff. RVO. etwas abgemildert worden wäre. Im Freistaate Sachsen tritt die Zersplitterung ganz besonders zutage. Nach dem Stande vom 1. April 1914 verteilten sich hier rund 1 770 000 Versicherte auf 1180 Kassen. Nur 330 Kassen (darunter 250 Orts- und 25 Landkrankenkassen) hatten mehr als 1000 Mitglieder, während rund 600 Kassen (darunter 54 Orts- und 1 Landkrankenkasse) noch nicht einmal eine Mitgliederzahl von 500 erreichten. An diesem Zustande hat sich bis heute so gut wie nichts geändert. Beim Erlaß der Reichsversicherungsordnung war es eine schwere Unterlassungssünde der Gesetzgeber, daß sie die Zersplitterung nicht beseitigten, vielmehr das Fortbestehen kleiner und kleinster Kassengebilde ermöglichten. Es haben aber bei den damaligen Entschließungen wohl kaum rein sachliche Erwägungen den Ausschlag gegeben, sondern Gründe politischer Natur mitgespielt. Die Kassen haben sich zwar nach ihren verschiedenen Arten zu großen, nicht öffentlich-rechtlichen Verbänden zusammengeschlossen. Die Betätigung dieser großen Verbände erstreckt sich aber auf einen anderen Aufgabenkreis, als er für die nach §§ 406 ff. RVO. möglichen örtlichen Verbände öffentlich-rechtlicher Natur gegeben ist. Daß Verbände der letzterwähnten Art nur sehr selten zustande gekommen sind, liegt in der Hauptsache an der mangelnden Initiative und dem Partikularismus der einzelnen Kassen. Die Beteiligten fürchteten zum Teil, infolge des Zusammenschlusses vermeintliche Bequemlichkeiten örtlicher Art aufgeben zu müssen; hier und da waren sie auch stolz darauf, mit etwas geringeren Beiträgen auszukommen als die Nachbarkasse; auch befürchteten wohl gewisse Personen, an Einfluß einzubüßen. Die Frage, wie für die Gesamtheit der Bevölkerungskreise, für die die Krankenversicherung geschaffen worden ist, unter den gegebenen Verhältnissen und mit den zur Verfügung stehenden Mitteln das meiste herauszuholen ist, ist nicht genügend beachtet worden.

Bereits der jetzige Stand der Gesetzgebung eröffnet den öffentlich-rechtlichen Krankenkassenverbänden ein reiches Arbeitsgebiet. Es sei zuerst erwähnt der Abschluß von Verträgen mit Ärzten, Zahnärzten, Zahntechnikern, Apothekenbesitzern und Krankenhäusern. Die großen Krankenkassenverbände haben sich zwar insbesondere der Regelung der vertraglichen Beziehungen zu den Ärzten in weitgehendem Umfange angenommen, für die örtlichen Verhältnisse bleibt aber noch eine große Anzahl Fragen durch Verträge zu erledigen. Verträge mit Krankenhäusern können überhaupt nur unter Beachtung der in den einzelnen Bezirken vorliegenden besonderen Verhältnisse durch die örtlichen Instanzen getätigt werden.

Digitized by Google

Daß aber bei Vertragsverhandlungen aller Art eine große Körperschaft bessere Ergebnisse erzielen wird wie die einzelnen kleinen und kleinsten Kassen, bedarf wohl keiner besonderen Begründung.

Ein Kassenverband nach §§ 406 ff. RVO. kann weiter übernehmen, die Kranken nach einheitlichen Grundsätzen zu überwachen. Wird die Krankenüberwachung von der Zentralstelle des Verbandes ausgeführt, so wird sie freier von persönlichen Momenten zu gestalten sein, als dies möglich ist, wenn sie den Organen der kleinsten Kassen überlassen bleibt. Diese Organe werden sich nicht immer frei halten können davon, daß sie mit den Versicherten verbunden sind durch Beziehungen der Bekanntschaft, Freundschaft und Verwandtschaft.

Eine weitere Aufgabe des Kassenverbandes besteht nach dem Gesetze in dem Betrieb von Heilanstalten und Genesungsheimen. Auf diesem Gebiet kann von den einzelnen kleinen Kassen überhaupt nichts geschaffen werden. Nur sehr große Kassen sind in der Lage gewesen, eigene Anstalten zu betreiben. Da es im Ermessen der einzelnen Kasse steht, ob sie an Stelle von Krankengeld und Krankenpflege Kur und Verpflegung in einem Krankenhause gewähren und ob sie durch die Satzung Fürsorge für Genesende durch Unterbringung in einem Genesungsheime einführen will, wird der jetzige Zustand nicht immer zum Wohle des Erkrankten gedient haben. Es soll sehr viele kleine Kassen geben, die viele Jahre lang keine Einweisung an ein Krankenhaus verfügt haben. Erkrankungsfälle, in denen dies zum mindesten wünschenswert gewesen wäre, sind aber sicher auch bei ihnen vorgekommen. Hätten die Kassen in dieser Beziehung unter der Einwirkung eines Verbandes mit geeigneten Anstalten gestanden, so wäre bestimmt für so manchen Kranken Besseres erreicht worden. Unter den heutigen Verhältnissen wird auch für einen Verband die Neuanlegung von Kranken- und Heilanstalten fast unmöglich sein. Hätten aber öffentlich-rechtliche Verbände in genügender Anzahl bestanden, so hätte nach den Bestimmungen über die weitere Verwendung früherer militärischer Heilanstalten (Erlaß des Reichsarbeitsministers V. A. 16 296 vom 15. September 1920) manches geeignete Objekt für die Krankenversicherung erworben werden können. Die Annahme ist nicht unbegründet, daß hier manche Gelegenheit zum Schaden der Versicherten verpaßt worden ist.

Die hauptsächlichste Aufgabe für Kassenverbände ist in Ziff. 5 des § 407 der RVO. vorgesehen. Nach dieser Vorschrift kann der Verband für die ihm angeschlossenen Kassen die Ausgaben für die Leistungen bis zur Hälfte oder innerhalb dieser Grenze die Ausgaben für bestimmte Krankheitsarten oder Erkrankungsfälle bis zur vollen Höhe tragen. Die Anwendung dieser Bestimmung bedeutet einen Lastenausgleich, der nur zu begrüßen ist, wenn man sich bei Beurteilung dieser Frage nicht auf den Standpunkt einer einzelnen gutstehenden Kasse stellt, sondern das Wohl der Gesamtheit der Versicherten im Auge hat. Die gutgestellten Kassen würden allerdings zur Unterstützung der notleidenden Kassen beitragen müssen, aber das würde nur wünschenswert sein. Es sei nur beispielsweise an die Kilometergebühren für Ärzte erinnert, die die Kassen in ländlichen Bezirken stark belasten, während sie bei den städtischen Kassen keine große Rolle spielen. Kassen mit viel weiblichen Versicherten werden durch die Leistungen nach dem Wochenhilfegesetze erheblich mehr belastet als solche Kassen, deren Versichertenkreis wenig weibliche Personen umfaßt. Unter dem Drucke dieser Belastung werden sie von mancher wünschenswerten Mehrleistung absehen müssen, deren Einführung für die anderen Kassen ein leichtes ist. Unbefriedigend ist aber der Zustand, der sich ergibt, wenn auf engem Raume Kassen mit guten Risiken, die mit niedrigen Beiträgen alle erdenklichen Mehrleistungen gewähren können, neben solchen Kassen bestehen, die infolge der für sie verbleibenden schlechten Risiken bei hohen Beiträgen nur

Digitized by Google

die Regelleistungen geben können. Da es sich um eine Zwangsversicherung handelt, bei der die Versicherten keine Wahl wegen ihrer Kassenzugehörigkeit haben, liegt in einem solchen Zustande eine große Ungerechtigkeit. Ein Lastenausgleich wäre deshalb hier sehr am Platze.

Bedauerlicherweise sind alle diese guten Absichten des Gesetzes bis jetzt nur in ganz wenigen Fällen verwirklicht worden. Da im Wege der Freiwilligkeit bis jetzt nichts Wesentliches erreicht worden ist, ist es nur zu begrüßen, daß die Reichsregierung an die Stelle der Freiwilligkeit den Zwang setzen will. Es ist zugleich zu empfehlen, den zukünftigen Pflichtverbänden weitere Aufgaben, als bisher ein Gesetz vorgesehen, zuzuweisen.

In erster Linie möchte in die Aufgaben der zukünftigen Pflichtverbände ausdrücklich die Krankheitsverhütung mit einbezogen werden. Die Krankheitsverhütung steht ethisch und volkswirtschaftlich höher als die Krankheitsheilung. Die Krankheitsverhütung muß bereits einsetzen bei den Kindern der Versicherten. Die Kassen dürfen nicht warten, bis aus den Kindern Versicherungspflichtige werden, die dann infolge von Krankheiten, die sie schon aus der Kindheit mitbringen, die Kassen als schlechte Risiken belasten. Sie müssen vielmehr im Wege der Kinderfürsorge zu erreichen suchen, daß ihnen möglichst gute Risiken zuwachsen. Dies ist auch nach den jetzigen gesetzlichen Bestimmungen über die Familienhilfe schon möglich. Der Anreiz für die einzelne Kasse, auf diesem Gebiete ihre Leistungen soweit wie möglich auszugestalten, ist aber so lange kein allzu großer, als die Kasse nicht weiß, ob sich für sie auch ihre Aufwendungen rechnungsmäßig lohnen werden. Ein wirtschaftlicher Erfolg wird für die Kasse mit Sicherheit nur dann zu erwarten sein, wenn alle Kassen mindestens eines bestimmten Wirtschaftsgebietes das gleiche tun. Solange dies nicht der Fall ist, wird die einzelne Kasse immer wieder mit Bedauern sehen, daß beim Eintritt der Versicherungspflicht der von ihr versorgten Kinder zum guten Teil andere Kassen, die sich an diesen Aufwendungen nicht beteiligt haben, die Nutznießer der gemachten Aufwendungen werden.

Auch für die Regelung der Beziehungen zu den Organen der Wohlfahrtspflege wird der Pflichtverband die geeignete Stelle sein. Die einzelne Kasse wird sich nicht leicht entschließen, für die Einrichtungen der Wohlfahrtspflege Mittel im Rahmen des § 363 RVO. zur Verfügung zu stellen, wenn sie nicht die Gewißheit hat, daß dies die anderen in Frage kommenden Kassen auch tun. Ohne diese Gewißheit besteht auch hier für die gebende Kasse der unerwünschte Zustand, daß zum Teil den Nutzen von ihren Aufwendungen andere Kassen ziehen.

Die nach dem Gesetze über das Branntweinmonopol den Krankenkassen zugedachten Mittel müssen der Verwaltung der Pflichtverbände vorbehalten bleiben. Fließen diese Mittel den einzelnen Kassen zu, so werden sie nur verzettelt, während sie, in einer Hand vereinigt, viel Gutes leisten können.

Zweckentsprechend wird es auch sein, eine Mitwirkung des Pflichtverbandes bei der Gewährung von Heilbehandlung nach dem Reichsversorgungsgesetz vorzusehen, denn es kann wohl bezweifelt werden, ob die kleinen und kleinsten Kassen in der Lage sein werden, den ihnen nach dem Reichsversorgungsgesetz zugewachsenen verwickelten Geschäften zu genügen.

Auch die hausgewerbliche Krankenversicherung ließe sich mit gutem Erfolge in den Aufgabenkreis der Pflichtverbände einbeziehen. Diese Versicherung ist zur Erzielung größtmöglichster Anpassung an die Verhältnisse in den einzelnen Bezirken am besten ortsgesetzlicher Regelung zu überlassen. Um bei den zum Teil sehr kleinen Kassenbezirken aber zu vermeiden, daß ein Arbeitgeber von Hausgewerbetreibenden unter Umständen mit einer ganzen Anzahl Kassen zu verkehren hat, könnte vorteilhafterweise der ein größeres Gebiet umfassende Verband eingeschaltet werden.

Von den Gegnern der Kassenverbände wird betont, daß es unerwünscht sei, neue

Digitized by Google

Verwaltungsstellen mit neuen Angestellten zu schaffen. Es ist zuzugeben, daß ein Kassenverband, wenn er seine Aufgaben erfüllen will, ohne Verwaltungsapparat nicht auskommen kann. Nicht aber steht ohne weiteres fest, daß der Verwaltungsapparat des Verbandes unbedingt eine Steigerung der Verwaltungskosten insgesamt bedeuten muß. Was nämlich durch den Verwaltungsapparat des Verbandes erledigt wird, wird zum größten Teil bei dem Verwaltungsapparat der einzelnen Kassen zu ersparen sein. Die Aufgaben der Krankenkassen haben sich gegenüber der Vorkriegszeit recht erheblich vermehrt, insbesondere durch das Wochenhilfegesetz und das Reichsversorgungsgesetz. Daß diese vermehrten Aufgaben auch eine Vergrößerung des Verwaltungsapparates der einzelnen Kassen bedingt hat oder in Kürze bedingen wird, bedarf wohl keiner eingehenden Begründung. Wenn dagegen die Kassen einen Teil ihrer Aufgaben einem Verbande übertragen können, so würde sich sicher die Vergrößerung ihres Verwaltungsapparates einschränken oder ganz vermeiden lassen. Vielleicht könnten durch einen gut eingespielten Verwaltungsapparat des Verbandes noch weitere Ersparnisse an Verwaltungskosten bei den einzelnen Kassen erzielt werden.

Weiter wird von manchen Kassenarten der Gedanke der Pflichtverbände bekämpft, weil sie hierin in erster Linie einen Schritt zur Einheitskasse erblicken. Man mag zur Einheitskasse stehen wie man will, man wird aber doch nicht übersehen können, daß gerade die Pflichtverbände geeignet sein werden, die zwischen den verschiedenen Kassenarten bestehenden Interessengegensätze und somit auch den gegen die Sonderkassen geführten Kampf zu mildern.

Wer mit Gemeinsinn nach Mitteln und Wegen sucht, wie mit den zur Verfügung stehenden Geldern möglichst viel für alle Versicherten getan werden kann, der wird einem Zusammenschluß der Krankenkassen nur das Wort reden und, da im Wege der Freiwilligkeit bisher nichts erreicht worden ist, auch freudig begrüßen, daß die Reichsregierung nunmehr gewillt ist, einen gesetzlichen Zwang auszuüben.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Kein Anspruch auf Zuschuß der Kasse zu den Kosten der Behandlung durch eine „Magnetopathin".

Urteil des Versicherungsamts der Stadt Berlin vom 18. Januar 1921 (39 K. 20).

Der Kläger, Ingenieur R., seit dem 26. 5. 20 Mitglied der beklagten Krankenkasse, behauptet, Ende 1918 infolge Überanstrengung körperlich und seelisch zusammengebrochen und an einem Nerven- und Muskelleiden erkrankt zu sein, wegen dessen er viele approbierte Ärzte und auch Professoren der Charité ohne Erfolg zu Rate gezogen habe. Schließlich habe er sich in die Behandlung der Magnetopathin Frau A. begeben, die seine Gesundung wesentlich gefördert und sogar seine völlige Wiederherstellung in Aussicht gestellt habe, falls er noch weiter in ihrer Behandlung bleiben würde. Für 56 Behandlungen solle er je 20 ℳ, zusammen 1120 ℳ, zahlen. Er sei mittel- und erwerbslos und noch arbeitsunfähig. Da Frau A. ihm erklärt habe, die weitere Behandlung einstellen zu müssen, falls er keine Abschlagszahlung leisten könne, habe er sich an die beklagte Kasse um Gewährung eines Zuschusses zu den Kosten der Behandlung gewandt, sei jedoch abschlägig beschieden worden. Er hat daher beantragt, die Kasse zur Zahlung eines Zuschusses zu verurteilen. — Die Kasse hat Abweisung beantragt, und diesem Antrage gemäß hat auch das Versicherungsamt entschieden aus folgenden Gründen:

§ 122 RVO. schreibt vor: „Die ärztliche Behandlung im Sinne dieses Gesetzes wird durch approbierte Ärzte geleistet." § 368 a. a. O. bestimmt: „Die Beziehungen zwischen Krankenkassen und Ärzte werden durch schriftlichen Vertrag geregelt; die Bezahlung anderer Ärzte kann die Kasse, von dringenden Fällen abgesehen, ablehnen." In Übereinstimmung damit lautet § 39 Abs. 1 der Satzung der Beklagten: „Die ärztliche Behandlung wird von den approbierten Ärzten geleistet, die sie durch Vertrag mit der Kasse übernommen haben; die Kasse bestimmt danach, an welche Ärzte sich die einzelnen Erkrankten zu wenden haben."

Hiernach hatte der Kläger, als er am 26. 5. 20 Mitglied der Beklagten wurde, zunächst die Verpflichtung, sich wegen Gewährung freier ärztlicher Behandlung mit der Kasse in Verbindung zu setzen.

Digitized by Google

Tat er dies nicht, so mußte er gewärtig sein, daß die Kasse die Bezahlung für die Inanspruchnahme anderer ärztlicher Hilfe ablehnte. Nun macht der Kläger geltend, daß es sich hier um einen besonderen Krankheitsfall handele, bei dem die Kunst der approbierten Ärzte versagt habe. Doch auch dieser Einwand ist nicht stichhaltig. Es sei auf Anm. 4a zu § 182 im Kommentar von Hahn hingewiesen, wo es heißt: „Dagegen ist die Annahme, daß in einzelnen besonderen Ausnahmefällen Versicherte, welche dem approbierten Arzt kein Vertrauen entgegenbringen, sich mit Zustimmung des Kassenvorstandes auch an eine andere Person wenden können und daß der Kasse unverwehrt sein müsse, solchenfalls die Kosten des Heilverfahrens zu übernehmen, nicht zu rechtfertigen, denn die Vorschriften darüber, was ärztliche Behandlung im Sinne der Reichsversicherungsordnung ist, gehören dem öffentlichen Recht an und können deshalb nicht durch Abmachungen der Beteiligten abgeändert werden." Im vorliegenden Falle ist sogar die Inanspruchnahme der Magnetopathin ohne Zustimmung der Kasse erfolgt. Auch ein dringender Fall kann nicht angenommen werden, da die Krankheit schon bestand und ärztliche Behandlung erforderte, bevor die Mitgliedschaft bei der Kasse erworben wurde. Bei dieser Sachlage kann die Beklagte nicht für verpflichtet erachtet werden, irgendwelche Kosten für die Behandlung durch die Magnetopathin zu übernehmen; der Kläger war daher auch mit seinem Antrage auf Verurteilung zur Gewährung einer Zubuße zu den bisher entstandenen Kosten abzuweisen.

Es mag sein, daß das Ergebnis unter den obwaltenden Umständen nicht voll befriedigt. Solange aber die bestehenden gesetzlichen und satzungsmäßigen Bestimmungen und Verordnungen in Geltung sind, müssen sie befolgt werden. Die entscheidende Behörde ist auch nicht in der Lage, im Einzelfalle aus Billigkeitsrücksichten von ihnen abzugehen.

Elektrisieren als ärztliche Behandlung oder als Heilmittel?

Urteil des Oberversicherungsamts Schwerin i. M. vom 29. Juni 1921.

Die Ehefrau des bei der beklagten Krankenkasse versicherten Arbeiters F. W. begehrt Ersatz der ihr durch elektrische Behandlung einer Magen- und Nervenerkrankung erwachsenen Kosten. Die Kasse lehnte das Begehren ab, weil die elektrische Behandlung nicht „ärztliche" Behandlung, sondern Versorgung mit einem Heilmittel darstelle, zu welcher sie nicht verpflichtet sei. Das Versicherungsamt hat die Kasse zur Zahlung nach dem Klageantrage verurteilt und das Oberversicherungsamt hat die von der Kasse eingelegte Berufung zurückgewiesen aus folgenden Gründen:

Es ist unbestritten, daß die Klägerin der Beklagten als satzungsmäßige Familienhilfe ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei zu gewähren hat. Gegenstand des Rechtsstreits ist die Frage, ob die angewendete Einwirkung des elektrischen Stromes als Teil der ärztlichen Behandlung anzusehen ist. Die Berufungsbeklagte war an einem auf nervöser Basis beruhenden Darmkatarrh erkrankt, zu dessen Beseitigung der behandelnde Arzt, Dr. T., Anwendung des faradischen und galvanischen Stromes für erforderlich erachtete. Diese Behandlung ist nach näherer Weisung des Arztes im Marienhaus durch die dort tätige Krankenschwester vorgenommen. Die Berufungsklägerin vertritt die Auffassung, daß die Anwendung der Elektrizität kein Teil der ärztlichen Behandlung, sondern etwa der Verabfolgung von Bädern oder Massage gleichzuachten sei, da etwaige Angaben des Arztes über Stromstärke u. dgl. so weit hinter das sächliche Mittel zurücktrete, daß von einer ärztlichen Tätigkeit nicht gesprochen werden könne. Demgegenüber hat das Oberversicherungsamt auf Grund des von der Krankenkassenkommission des Schweriner Ärztevereins erstatteten Erachtens die Überzeugung gewonnen, daß die Verordnung des Arztes betr. die Art und Stärke des anzuwendenden Stromes sowie Zahl und Zeitdauer der elektrischen Sitzungen und die Durchführung der Behandlung selbst ärztliche Behandlung im Sinne des § 182 RVO. darstellt. Unerheblich ist es, ob der Arzt selbst die Zufuhr des elektrischen Stromes besorgt oder eine Hilfsperson. Die vorerwähnte Tätigkeit des behandelnden Arztes hat aber im vorliegenden Falle stattgehabt, es war daher der Berufungsbeklagten beizutreten und in Übereinstimmung mit dem Versicherungsamt die Leistungspflicht der Berufungsklägerin zu bejahen.

Anmerkung: Der vorliegende Fall unterscheidet sich in einem wesentlichen Punkte von dem im Heft 19 S. 378, 379 Ziff. 3a behandelten. Dort hatte sich der Arzt auf die bloße Verordnung der Faradisation beschränkt; die Ausführung dieser Verordnung war von dieser deutlich geschieden, und es war nicht ersichtlich, daß und inwiefern der Arzt diese Ausführung irgendwie beeinflußt hätte. Deshalb war es gerechtfertigt, nur die Verordnung als ärztliche Behandlung, die Ausführung aber als Heilmittelanwendung anzusehen. Im vorliegenden Falle hat dagegen das Oberversicherungsamt „die Überzeugung gewonnen", daß die Verordnung des Arztes über Art und Stärke des Stromes usw. „und die Durchführung der Behandlung selbst" eine ärztliche Behandlung darstellen. Das Oberversicherungsamt unterstellt also, daß der Arzt sich irgendwie auch an der Durchführung beteiligt habe. Wie? darüber fehlt jede Andeutung, aber es kann als Meinung des Oberversicherungsamts wohl angesehen werden, daß die „nähere Anweisung" über die Durchführung so vollständig war, daß die Schwester dabei nur als Gehilfin des Arztes in Betracht kam. Unter dieser Voraussetzung würde sich die Tätigkeit der Schwester nach § 122 Abs. 1 RVO. tatsächlich als Teil der ärztlichen Behandlung darstellen, die von der Kasse zu bezahlen wäre (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 3a zu § 122 RVO.).

Digitized by Google

B. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Gesetz über die anderweite Festsetzung der Leistungen und der Beiträge in der Invalidenversicherung.

Vom 23. Juli 1921 (RGBl. S. 984).

Der Reichstag hat das folgende Gesetz beschlossen, das mit Zustimmung des Reichsrats hiermit verkündet wird:

Artikel I.

Das Vierte Buch der Reichsversicherungsordnung wird wie folgt abgeändert:

§ 1245 erhält folgende Fassung:

Nach der Höhe des Jahresarbeitsverdienstes werden für die Versicherten folgende Lohnklassen gebildet:

Klasse A bis zu 1000 Mark,
Klasse B von mehr als 1 000 bis zu 3 000 Mark,
Klasse C von mehr als 3 000 bis zu 5 000 Mark,
Klasse D von mehr als 5 000 bis zu 7 000 Mark,
Klasse E von mehr als 7 000 bis zu 9 000 Mark,
Klasse F von mehr als 9 000 bis zu 12 000 Mark,
Klasse G von mehr als 12 000 bis zu 15 000 Mark,
Klasse H von mehr als 15 000 Mark.

Das Nähere bestimmt der Reichsarbeitsminister.

§§ 1246, 1247 und 1249 fallen weg.

§ 1250 erhält folgende Fassung:

Gegenstand der Versicherung sind Invaliden- oder Altersrenten sowie Renten für Hinterbliebene.

§ 1252 erhält folgende Fassung:

Hinterbliebenenfürsorge wird gewährt, wenn der Verstorbene zur Zeit seines Todes die Wartezeit für die Invalidenrente erfüllt hat und die Anwartschaft darauf nicht erloschen ist.

§ 1264 fällt weg.

§ 1268.

Im Abs. 1 ist hinter „Reichszuschuß" einzufügen „und ohne die Rentenerhöhungen (§ 1287 Abs. 2)".

§ 1280.

Als Abs. 2 wird angefügt:

Die Anwartschaft gilt nicht als erloschen, wenn die zwischen dem erstmaligen Eintritt in die Versicherung und dem Versicherungsfalle liegende Zeit zu mindestens drei Vierteln durch ordnungsmäßig verwendete Beitragsmarken belegt ist.

§ 1285 erhält folgende Fassung:

Der Reichszuschuß beträgt jährlich fünfzig Mark für jede Invaliden-, Alters-, Witwen- und Witwerrente und fünfundzwanzig Mark für jede Waisenrente.

§ 1287 erhält folgende Fassung:

Die Versicherungsanstalt leistet bei den Invalidenrenten den Grundbetrag und die Steigerungssätze, bei den Renten der Hinterbliebenen einen Teil des Grundbetrags und der Steigerungssätze, bei den Altersrenten einen festen Jahresbetrag, bei allen Renten die Rentenerhöhungen.

Bis auf weiteres werden die Leistungen bei den Invaliden-, Alters-, Witwen- und Witwerrenten um jährlich sechshundert Mark, bei den Waisenrenten um jährlich dreihundert Mark erhöht.

§ 1288 erhält folgende Fassung:

Der Grundbetrag der Invalidenrente beträgt für alle Lohnklassen dreihundertundsechzig Mark.

§ 1289 erhält folgende Fassung:

Der Steigerungssatz der Invalidenrente beträgt für jede Beitragswoche

in der Lohnklasse A	10 Pfennig,
in der Lohnklasse B	30 Pfennig,
in der Lohnklasse C	50 Pfennig,
in der Lohnklasse D	70 Pfennig,
in der Lohnklasse E	90 Pfennig,
in der Lohnklasse F	120 Pfennig,
in der Lohnklasse G	150 Pfennig,
in der Lohnklasse H	180 Pfennig.

§ 1291 erhält folgende Fassung:

Hat der Empfänger der Invalidenrente Kinder unter fünfzehn Jahren, so erhöht sich die Invalidenrente, und zwar: um jährlich sechsundneunzig Mark, wenn ein solches Kind vorhanden ist; um jährlich einhundertachtundsechzig Mark, wenn zwei solcher Kinder vorhanden sind, und um jährlich achtundvierzig Mark für jedes weitere solche Kind. Elternlose Enkel unter fünfzehn Jahren, deren Unterhalt der Empfänger der Invalidenrente ganz oder überwiegend bestreitet, werden den Kindern unter fünfzehn Jahren gleichgestellt.

§ 1292 erhält folgende Fassung:

Der Anteil der Versicherungsanstalt beträgt bei Witwen- und Witwerrenten vier Zehntel, bei Waisenrenten für jede Weise zwei Zehntel des Grundbetrages und der Steigerungssätze der Invalidenrente, die der Ernährer zur Zeit seines Todes bezog oder bei Invalidität bezogen hätte.

§ 1293 erhält folgende Fassung:

Der Anteil der Versicherungsanstalt an der Altersrente beträgt

in der Lohnklasse A	300 Mark,
in der Lohnklasse B	500 Mark,
in der Lohnklasse C	700 Mark,
in der Lohnklasse D	900 Mark,
in der Lohnklasse E	1 100 Mark,
in der Lohnklasse F	1 400 Mark,
in der Lohnklasse G	1 700 Mark,
in der Lohnklasse H	2 000 Mark.

Für Beiträge verschiedener Lohnklassen wird der entsprechende Durchschnitt gewährt. Sind über eintausendzweihundert Beitragswochen nachgewiesen,

Digitized by Google

so scheiden die überzähligen Beiträge der niedrigsten Lohnklasse aus.

§ 1296 fällt weg.

§ 1297 erhält folgende Fassung:

Die Renten werden in Teilbeträgen monatlich im voraus gezahlt. Alle auszuzahlenden Beträge sind auf volle 5 Pfennig aufzurunden.

§ 1300 fällt weg.

§ 1303.

Die Worte „oder eines Witwengeldes" im Abs. 1 sowie der Absatz 2 werden gestrichen.

§ 1311 fällt weg.

§ 1316.

Als Satz 2 wird angefügt:

Die Rentenerhöhung (§ 1287 Abs. 2) bleibt dabei außer Ansatz.

§ 1325 fällt weg.

§ 1372.

Die Nr. 8 erhält folgende Fassung: „8. Das Ruhen der Renten und die Kapitalabfindung (§§ 1312 bis 1318)".

Die Nr. 11 erhält folgende Fassung: „11. Die Aufrechnung (§ 1324)".

In der Nr. 15 fallen die Worte: „Die Rückversicherungsverbände (§ 1401)" weg.

Die Nr. 19 fällt weg.

§ 1387 Abs. 2 erhält folgende Fassung:

Das Reich leistet Zuschüsse für die in jedem Jahre tatsächlich gezahlten Renten (§ 1285); die Arbeitgeber und die Versicherten entrichten für jede Woche der versicherungspflichtigen Beschäftigung (Beitragswoche) laufende Beiträge zu gleichen Teilen (§§ 1432, 1439, 1458).

§§ 1388 bis 1391 fallen weg.

§ 1392 erhält folgende Fassung:

Bis zum 31. Dezember 1926 werden als Wochenbeitrag erhoben

in Lohnklasse A	350 Pfennig,
in Lohnklasse B	450 Pfennig,
in Lohnklasse C	550 Pfennig,
in Lohnklasse D	650 Pfennig,
in Lohnklasse E	750 Pfennig,
in Lohnklasse F	900 Pfennig,
in Lohnklasse G	1 050 Pfennig,
in Lohnklasse H	1 200 Pfennig.

Die Rechnungsstelle des Reichsversicherungsamts prüft rechtzeitig vor dem 31. Dezember 1926, ob die Beiträge ausreichen. Das Ergebnis der Prüfung ist dem Reichstag mitzuteilen. Nach dem Ausfall des Prüfungsergebnisses kann der Reichsrat die festgesetzten Beiträge für weitere fünf Jahre aufrechterhalten.

§ 1393 Abs. 1 erhält folgende Fassung:

Als Beitragswochen der Lohnklasse B werden, ohne daß Beiträge entrichtet zu werden brauchen, die vollen Wochen angerechnet, in denen der Versicherte wegen einer Krankheit zeitweise arbeitsunfähig und nachweislich verhindert gewesen ist, seine Berufstätigkeit fortzusetzen.

Als Abs. 2 wird eingefügt:

Der Reichsarbeitsminister kann bestimmen, in welchen weiteren Fällen eine Anrechnung von Beitragswochen der Lohnklasse B stattfindet, ohne daß Beiträge entrichtet zu werden brauchen.

Der bisherige Abs. 2 wird Abs. 3.

§§ 1395 bis 1399 fallen weg, dafür wird gesetzt:

§ 1395.

Die Versicherungsanstalten verwalten ihre Einnahmen und ihr Vermögen selbständig.

§ 1400.

Im Abs. 1 werden die Worte „Überschüsse des Sondervermögens" durch die Worte „Mittel der Versicherungsanstalt" und im Abs. 2 das Wort „Sondervermögen" durch das Wort „Vermögen" ersetzt.

§ 1401 fällt weg.

§ 1403 erhält folgende Fassung:

Die Rechnungsstelle des Reichsversicherungsamts verteilt die für die Versicherungsanstalten geleisteten Zahlungen auf das Reich und die Versicherungsanstalten.

§ 1404 erhält folgende Fassung:

Die Belastung des Reichs wird unter Zugrundelegung der Zahlen der laufenden und der neu bewilligten Renten nach Maßgabe des § 1285 für jedes Jahr ermittelt. Das Reichsversicherungsamt bestimmt das Nähere.

§ 1405

Satz 2, 3, 4 werden durch folgende Sätze ersetzt:

Jeder Versicherungsträger wird mit einem Zehntel der Beträge belastet, die an Empfänger von ihm festgesetzter Renten gezahlt worden sind. Alle übrigen Zahlungen werden, soweit sie nicht dem Reiche zur Last fallen, auf sämtliche Versicherungsträger nach Maßgabe ihrer Beitragseinnahmen in den letzten drei Geschäftsjahren verteilt.

§ 1406.

Im Abs. 1 Satz 1 fallen die Worte „aus dem für die Gemeinlast . . . Sondervermögen", im Satze 2 die Worte „und die Kapitalwerte . . . verrechnen" weg.

§§ 1472 bis 1483 fallen weg.

Artikel II.

Übergangsvorschriften.

A. Den Personen, die auf Grund der Vorschriften der Reichsversicherungsordnung eine Invaliden- oder eine Altersrente oder eine Rente für Hinterbliebene beziehen, welche vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes festgesetzt ist, wird ihre Rente bis zum 31. Dezember 1926 erhöht.

Die Erhöhung beträgt für Empfänger einer Invaliden- oder Altersrente monatlich siebzig Mark,

für Empfänger einer Witwen- oder Witwerrente monatlich fünfundfünfzig Mark,

für Empfänger einer Waisenrente monatlich dreißig Mark.

Digitized by Google

Die Erhöhung wird Personen, die auf Grund des Reichsversorgungsgesetzes vom 12. Mai 1920 (Reichs-Gesetzbl. S. 989) oder anderer Militärversorgungsgesetze eine Versorgung erhalten, nur insoweit gewährt, als sie die gewährte Versorgung übersteigt.

Ausländern, die sich im Ausland aufhalten, sowie den im § 120 Abs. 2, § 1276 Abs. 1 Satz 2, §§ 1277, 1531, 1536, 1541, 1544, der Reichsversicherungsordnung bezeichneten Gemeinden, Armenverbänden, Versicherungsträgern usw. wird die Erhöhung nicht gewährt.

Bezieht der Empfänger nur einen Bruchteil der Rente, so wird die Erhöhung gemäß Abs. 2, 3 gewährt.

Die oberste Postbehörde bestimmt, in welcher Weise die erhöhten Renten gezahlt werden.

Das Gesetz über Abänderung der Leistungen und der Beiträge in der Invalidenversicherung vom 20. Mai 1920 (Reichs-Gesetzbl. S. 1091) sowie das Gesetz über eine außerordentliche Beihilfe für Empfänger von Renten aus der Invalidenversicherung vom 26. Dezember 1920 (Reichs-Gesetzbl. S. 2315) in der Fassung der Bekanntmachung vom 11. April 1921 (Reichs-Gesetzbl. S. 473) treten mit dem Inkrafttreten dieses Gesetzes außer Kraft.

B. Für die nach früheren Gesetzen verwendeten Beitragsmarken gelten folgende Steigerungssätze:

in Lohnklasse I	3 Pfennig,
in Lohnklasse II	6 Pfennig,
in Lohnklasse III	8 Pfennig,
in Lohnklasse IV	10 Pfennig,
in Lohnklasse V	12 Pfennig.

Als Altersrente gelten

für die Lohnklasse I	60 Mark,
für die Lohnklasse II	90 Mark,
für die Lohnklasse III	120 Mark,
für die Lohnklasse IV	150 Mark,
für die Lohnklasse V	180 Mark.

C. Als Beitragswochen der Lohnklasse B werden die vollen Wochen angerechnet, in denen der Versicherte in Mobilmachungs- oder Kriegszeiten zur Erfüllung der Wehrpflicht eingezogen gewesen ist oder freiwillig militärische Dienstleistungen verrichtet hat.

Als Beitragswochen der Lohnklasse A werden die vollen Wochen angerechnet, in denen der Versicherte

1. zur Erfüllung der Wehrpflicht in Friedenszeiten eingezogen gewesen ist,
2. wegen einer Krankheit zeitweise arbeitsunfähig und nachweislich verhindert gewesen ist, seine Berufstätigkeit fortzusetzen.

Die in Abs. 1 und 2 bezeichneten Wochen werden jedoch nur denen angerechnet, die vorher berufsmäßig nicht nur vorübergehend versicherungspflichtig beschäftigt gewesen sind.

D. Empfänger einer Zusatzrente erhalten mit dem Tage des Inkrafttretens dieses Gesetzes deren Kapitalwert als Abfindung. Als Jahresbetrag der Rente gilt das Zwölffache ihres Monatsbetrags. Das Nähere bestimmt der Reichsarbeitsminister.

Personen, welche auf Grund der §§ 1472 ff. der Reichsversicherungsordnung Zusatzmarken verwendet und am Tage des Inkrafttretens dieses Gesetzes einen Anspruch auf Zusatzrente nicht erworben haben, können innerhalb fünf Jahren vom Tage des Inkrafttretens dieses Gesetzes ab die Erstattung des Wertes der Zusatzmarken verlangen. Zu dem Betrage werden für jedes volle Jahr, das seit dem Umtausch der Quittungskarte, in welcher die Zusatzmarke verwendet wurde, bis zum Tage des Antrags auf Erstattung verflossen ist, dreieinhalb vom Hundert Zinsen hinzugerechnet.

E. Artikel 67 des Einführungsgesetzes zur Reichsversicherungsordnung erhält folgende Fassung:

Sind bei Gewährung von Altersrente nach Artikel 65 weniger als zwölfhundert Beitragswochen nachgewiesen, so werden für die fehlenden Wochen Beiträge der Lohnklasse A angesetzt.

F. Artikel 69 des Einführungsgesetzes zur Reichsversicherungsordnung fällt weg.

G. Die Vorschriften der §§ 1403 bis 1405 in der Fassung des Artikels I treten sofort, die übrigen Vorschriften am 1. Oktober 1921 in Kraft.

H. Ansprüche und Leistungen, über die das Feststellungsverfahren am Tage der Verkündung dieses Gesetzes schwebt, unterliegen dessen Vorschriften. Ihre Nichtanwendung gilt auch dann als Revisionsgrund, wenn das Oberversicherungsamt sie noch nicht anwenden konnte.

Diese Vorschrift gilt nicht für Ansprüche auf Witwengeld und Waisenaussteuer, die vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes fällig geworden sind.

J. Die auf Grund der §§ 1360 bis 1380 der Reichsversicherungsordnung zugelassenen Sonderanstalten gelten ohne neue Zulassung durch den Reichsrat bis zum 31. Dezember 1922 als zugelassen. Sie müssen bis dahin die Leistungen nach Maßgabe dieses Gesetzes gewähren.

Die Aufsichtsbehörde bestimmt den Tag, bis zu welchem die Sonderanstalten die erforderlichen Änderungen ihrer Satzung zu beschließen haben. Kommt eine Sonderanstalt der Anordnung nicht rechtzeitig nach, so ändert die Aufsichtsbehörde die Satzung.

K. Für die Zeit nach dem 1. Oktober 1921 dürfen Marken in den Werten nicht mehr verwendet werden, die nach § 1392 der Reichsversicherungsordnung in der Fassung des Gesetzes über Abänderung der Leistungen und der Beiträge in der Invalidenversicherung vom 20. Mai 1920 (Reichs-Gesetzbl. S. 1091) vorgesehen sind.

Ungültig gewordene Marken können binnen zwei Jahren nach Ablauf ihrer Gültigkeitsdauer bei den Markenverkaufsstellen gegen gültige Marken im

Digitized by Google

gleichen Geldwert umgetauscht werden. Die seit dem 1. August 1920 auf Grund des Gesetzes vom 26. Dezember 1920 (Reichs-Gesetzbl. S. 2315) in der Fassung der Bekanntmachung vom 11. April 1921 (Reichs-Gesetzbl. S. 473) zu verwendenden Marken werden zum doppelten Geldwert angerechnet. Der Wert bereits verwendeter Marken wird nur insoweit erstattet, als sie für Zeiten verwendet sind, in denen weder Versicherungspflicht noch das Recht zur Weiterversicherung bestand.

Artikel III.

Die Reichsversicherungsordnung wird weiter wie folgt geändert:

§ 119.

Am Abs. 1 werden die Worte „vorbehaltlich des § 1325" gestrichen.

§ 1615 Abs. 2 fällt weg.

§ 1624.

Im Abs. 1 fallen die Worte „Witwengeld und Waisenausteuer" weg.

§ 1626.

Im Abs. 1 ist statt der Worte „Hinterbliebenen- oder Zusatzrente" zu setzen „oder Hinterbliebenenrente".

Im Abs. 3 ist in der Klammer die Zahl 1311 durch 1312 zu ersetzen.

§ 1629 erhält folgende Fassung:

Das Versicherungsamt benachrichtigt den Versicherungsträger, wenn es erfährt, daß

ein Versicherter oder eine Witwe durch ein Heilverfahren vor der Invalidität bewahrt werden kann,

der Empfänger einer Invaliden-, Witwen- oder Witwerrente durch ein Heilverfahren wieder erwerbsfähig werden kann,

die Invaliden-, Witwen- oder Witwerrente zu entziehen ist,

eine Rente zu ruhen hat.

§ 1696.

Die Nrn. 3 und 4 fallen weg, die Nr. 5 erhält die Nr. 3.

Anmerkung: Das Gesetz ist mit dem 17. August 1921, als dem 14. Tage nach Ablauf des Aufgabetages, in Kraft getreten.

C. Zur Angestelltenversicherung.

Gesetz über Änderung des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

Vom 23. Juli 1921 (RGBl. S. 1173).

Der Reichstag hat das folgende Gesetz beschlossen, das mit Zustimmung des Reichsrats hiermit verkündet wird:

Artikel I.

§ 1. — Empfänger von Ruhegeld oder Hinterbliebenenrente nach dem Versicherungsgesetze für Angestellte erhalten vom 1. Januar 1921 ab bis auf weiteres eine monatlich im voraus zahlbare Beihilfe.

Die Beihilfe wird solchen Personen nicht gewährt, denen auf Grund des Gesetzes über eine außerordentliche Beihilfe für Empfänger von Renten aus der Invalidenversicherung vom 26. Dezember 1920 in der Fassung der Bekanntmachung vom 11. April 1921 (Reichs-Gesetzbl. S. 473) eine Beihilfe zusteht.

§ 2. — Die Beihilfe beträgt für Empfänger von Ruhegeld monatlich siebzig Mark, für Empfänger einer Witwen- oder Witwerrente monatlich fünfundfünfzig Mark und für Empfänger einer Waisenrente monatlich dreißig Mark.

§ 3. — Die Beihilfe wird stets, auch in den Fällen des § 390 des Versicherungsgesetzes für Angestellte, im vollen Betrag und nur für volle Kalendermonate gezahlt. Die Beihilfe fällt weg, wenn die Rente zum vollen Betrage ruht.

§ 4. — Die Beihilfen werden aus den Mitteln der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte gezahlt.

Artikel II.

Das Versicherungsgesetz für Angestellte vom 20. Dezember 1911 (Reichs-Gesetzbl. S. 989) wird wie folgt geändert:

1. Im § 1 Abs. 3 wird das Wort „fünfzehntausend" durch „dreißigtausend" ersetzt.

2. Im § 16 wird am Schlusse zugesetzt:

Klasse K von mehr als 5000 bis 10 000 ℳ,
Klasse L von mehr als 10 000 bis 15 000 ℳ,
Klasse M von mehr als 15 000 ℳ.

3. § 131 Abs. 3 wird gestrichen.

4. Im § 161 Abs. 1 Satz 1 werden die Worte „jedoch sind nur Männer wählbar" gestrichen.

5. Der § 172 erhält am Schlusse des Abs. 1 folgenden Zusatz:

in Gehaltsklasse K	33,20 ℳ
in Gehaltsklasse L	40,00 ℳ
in Gehaltsklasse M	48,00 ℳ

Artikel III.

Für Angestellte, die mit einem Jahresarbeitsverdienste von mehr als 15 000 ℳ auf Grund des Artikels II Nr. 1 versicherungspflichtig werden, ohne bereits eine laufende Anwartschaft aus früherer Pflichtversicherung zu haben (Neuversicherte), finden die §§ 366, 395 bis 398 des Versicherungsgesetzes für Angestellte mit der Maßgabe Anwendung, daß die Fristen vom Inkrafttreten dieses Artikels ab laufen.

Digitized by Google

Artikel IV.

Der Artikel I tritt mit Wirkung vom 1. Januar 1921 ab, der übrige Teil dieses Gesetzes vom 1. August 1921 ab in Kraft.

Grundsätzliche Entscheidungen des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung.

(„Angestelltenversicherung" 1921 Nr. 6 S. 88 ff.)

Nr. 468. Streit über die Abführung des Arbeitgeberanteils an die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte aus § 392 Abs. 1 des Versicherungsgesetzes für Angestellte wird nach § 210 a. a. O. entschieden. Die Beschwerde steht in diesem Verfahren auch dem Versicherten zu.

Nr. 469. § 2 des Gesetzes vom 31. Mai 1920 (Reichs-Gesetzblatt S. 1144) ist nicht anwendbar, wenn der Versicherungsfall vor dem 1. Mai 1920 eingetreten ist. Jedoch kann in diesem Falle die Erhaltung der Anwartschaft auf dem Wege des § 10 des Gesetzes herbeigeführt werden, und zwar auch von den Hinterbliebenen des Versicherten.

Nr. 470. Pulveraufseher eines Bergwerks, die mit der Beförderung sowie der Einnahme und Ausgabe von Sprengstoffen beauftragt sind, sind nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

Nr. 471. Die Versicherungsfreiheit nach § 9 des Versicherungsgesetzes für Angestellte besteht nur für die Dauer des im Absatz 1 daselbst bezeichneten Beschäftigungsverhältnisses.

Nr. 472. 1. Die reichsgesetzlichen Leistungen, zu denen im Falle des § 382 des Versicherungsgesetzes für Angestellte die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte gegenüber den Mitgliedern von Ersatzkassen verpflichtet ist, sind auch für die Zugehörigkeit zur Ersatzkasse nach den gesetzlichen Gehaltsklassen zu bemessen und nicht nach den satzungsgemäß geleisteten Versicherungsbeiträgen.

2. Zu den reichsgesetzlichen Leistungen im Sinne des § 382 des Versicherungsgesetzes für Angestellte gehören auch die Erstattungsansprüche nach § 62 a. a. O.

D. Zur Militärversorgung.

Gesetz über die Versorgung der vor dem 1. August 1914 aus der Wehrmacht ausgeschiedenen Militärpersonen und ihrer Hinterbliebenen (Altrentnergesetz).

Vom 18. Juli 1921 (RGBl. S. 953).
(Auszug)*).

Der Reichstag hat das folgende Gesetz beschlossen, das mit Zustimmung des Reichsrats hiermit verkündet wird:

§ 1. — Für die früheren Angehörigen der deutschen Wehrmacht und ihre Hinterbliebenen gilt, soweit ihnen Versorgungsgebührnisse nur infolge einer vor dem 1. August 1914 beendeten Dienstleistung zuerkannt sind oder nach den vor dem Reichsversorgungsgesetze vom 12. Mai 1920 (Reichs-Gesetzbl. S. 989) erlassenen Militärversorgungsgesetzen noch zuerkannt werden können, das Reichsversorgungsgesetz nach Maßgabe der nachfolgenden Vorschriften. Der Versorgungsberechtigte wird jedoch nach den bisher für ihn geltenden Gesetzen versorgt, wenn er dies innerhalb eines Monats nach Zustellung des Bescheids über die Neufeststellung der Versorgungsgebührnisse beantragt.

Die Vorschriften des Abs. 1 gelten nicht für die mit Ruhegehalt verabschiedeten Berufsoffiziere, -deckoffiziere und -beamten der Wehrmacht sowie ihre Hinterbliebenen.

§ 2. — Die neue Feststellung der schon früher bewilligten Versorgungsgebührnisse erfolgt ohne Antrag. Dabei gelten die nach den vor dem Mannschaftsversorgungsgesetze vom 31. Mai 1906 (Reichs-Gesetzbl. S. 593) erlassenen Militärversorgungsgesetzen als „dauernd gänzlich erwerbsunfähig" anerkannten Beschädigten auch im Sinne des Reichsversorgungsgesetzes als erwerbsunfähig, die „dauernd größtenteils Erwerbsunfähigen" als 70 vom Hundert und die „dauernd teilweise Erwerbsunfähigen" als 30 vom Hundert in der Erwerbsfähigkeit gemindert, es sei denn, daß eine Nachprüfung ein anderes Ergebnis hat.

§ 3. — Heilbehandlung, Krankengeld und Hausgeld soll den Beschädigten nach den Vorschriften der §§ 4 bis 20 des Reichsversorgungsgesetzes gewährt werden. Auf Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel haben sie in dem im § 7 des Reichsversorgungsgesetzes vorgesehenen Umfang Anspruch.

§ 4. — Die in den §§ 32, 33 und 52 des Reichsversorgungsgesetzes enthaltenen Vorschriften über das Übergangsgeld, den Beamtenschein und die Anmeldefrist finden auf die nach diesem Gesetze zu versorgenden Personen keine Anwendung.

§ 10. — Dieses Gesetz tritt mit Wirkung vom 1. Januar 1921 in Kraft. Nachzahlungen für einen vor dem 1. Januar 1921 liegenden Zeitraum finden nicht statt.

§ 11. — Die auf Grund der bisher geltenden Gesetze zu zahlenden Versorgungsgebührnisse werden nach dem 1. Januar 1921 so lange weitergezahlt, bis die Gebührnisse nach diesem Gesetze festgestellt sind. Die Feststellung erfolgt rückwirkend vom 1. Januar 1921 an; die nach Satz 1 gezahlten Beträge sind anzurechnen. Sind die nach diesem Gesetze festgestellten Gebührnisse niedriger als die bis-

*) Wir teilen — unter Hinweis auf den Auszug aus dem Reichsversorgungsgesetz im Jahrg. 1920 S. 333 — auch dies Gesetz nur auszugsweise insoweit mit, als es Vorschriften enthält, die auch die Krankenkassen angehen.

Digitized by Google

her gewährten Gebührnisse, so tritt die Minderung mit dem Ablauf des Monats ein, der auf die Zustellung des Bescheids folgt.

§ 12. — Der Lauf der in den §§ 49 und 54 des Reichsversorgungsgesetzes bezeichneten Fristen beginnt für die im § 1 genannten Hinterbliebenen frühestens mit dem Inkrafttreten dieses Gesetzes.

§ 13. — Sofern in einzelnen Fällen aus den Vorschriften dieses Gesetzes besondere Härten sich ergeben, kann der Reichsarbeitsminister im Einvernehmen mit dem Reichsminister der Finanzen einen Ausgleich gewähren.

§ 14. — Die Ausführungsbestimmungen erläßt der Reichsarbeitsminister.

E. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Rückforderung unberechtigt gezahlter Erwerbslosenunterstützung.

Urteil des **Hanseatischen Oberlandesgerichts** vom 19. Oktober 1920 (Bf. II. 107/1920; RArbBl. 1921 S. 719).

Aus den Entscheidungsgründen:

Der Kläger (Hamburgische Senat), der in der Zeit vom 24. Januar bis zum 26. Juni 1919 die Söhne des Beklagten H. und W., damals 21 und 20 Jahre alt, auf Grund der hamburgischen Verordnungen über die Erwerbslosenfürsorge vom 2. Dezember 1918 und 30. April 1919 mit insgesamt 1332,50 ℳ unterstützt hat, verlangt vom Beklagten Ersatz dieser Aufwendungen, da er hiermit dessen, als des unterstützungspflichtigen Vaters, Geschäfte geführt und ihn grundlos bereichert habe. Den für die Entscheidung des Landgerichts wesentlichen grundsätzlichen Erwägungen, wonach es mit dem Grundgedanken des Gesetzes nicht vereinbar sein soll, daß der Träger der Erwerbslosenfürsorge einmal gemachte Leistungen nachträglich auf etwa vorhandene unterhaltspflichtige Verwandte abwälzt, vermag das Berufungsgericht nicht zuzustimmen. Für die Gemeinden oder die Gemeindeverbände, denen durch die Reichsverordnungen vom 13. November 1918 und 16. April 1919 die Verpflichtung zur Erwerbslosenfürsorge auferlegt ist, insbesondere also für den Kläger als den Träger der Erwerbslosenfürsorge in der Stadt Hamburg, besteht jene Verpflichtung nur unter ganz bestimmten Voraussetzungen, in deren Ermangelung eine tatsächliche Leistung zum Zwecke der Erwerbslosenfürsorge nichts anderes als die Leistung einer Nichtschuld ist. Daß aus einer solchen privatrechtliche Ansprüche gegen den Empfänger und dritte Personen geltend gemacht werden, z. B. aus dem Gesichtspunkt sittenwidriger Schädigung (§ 826 BGB.), dem steht der bloße Umstand, daß die Erwerbslosenfürsorge auf dem Boden der Reichsmacht und des öffentlichen Rechts erwachsen ist, nicht entgegen. Die an sich öffentlich-rechtlichen Träger der Erwerbslosenfürsorge sind zugleich, wie Reich und alle Einzelstaaten, Privatwirtschafter und treten insbesondere bei Erfüllung ihrer Fürsorgeaufgaben zu den dabei beteiligten Privatpersonen in privatrechtliche Beziehungen, für die die Grundsätze des allgemeinen bürgerlichen Rechts maßgeblich sein müssen, und deren Streitfolgen, wofern nicht, wie bei der Verfolgung der Ansprüche auf Fürsorge seitens zurückgewiesener Petenten, ein anderes ausdrücklich vorgeschrieben ist, nur im ordentlichen Gerichtsverfahren ausgetragen werden können.

Sprechsaal.

Zur Neufestsetzung des durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienstes land- und forstwirtschaftlicher Arbeiter (§§ 936 Abs. 2 und 3, 936a der RVO.).

Durch Erlaß vom 11. 2. 21 — II. A. 299. 21 — hat der Herr Reichsarbeitsminister die beabsichtigte Neufassung des § 936 Abs. 2 und 3 RVO. angezeigt; sie ist inzwischen im wesentlichen, entsprechend der Voranzeige, Gesetz geworden (Art. VII des Ges. vom 11. 4. 21, betreffend Änderungen in der Unfallversicherung — RGBl. S. 468 —). Gleichzeitig ist durch Art. VIII daselbst ein neuer § 936a eingeführt worden, in der Hauptsache des Inhalts, daß die durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienste gleichzeitig im ganzen Reiche, und zwar zunächst für die Zeit bis zum 31. Dezember 1922, dann immer auf vier Jahre festgesetzt werden und daß Änderungen in der Zwischenzeit nur bis zur nächsten allgemeinen Festsetzung gelten.

In Ausführung des Erlasses und der geänderten gesetzlichen Bestimmungen haben sich also die Oberversicherungsämter sogleich an die Vorarbeiten zur Neufestsetzung jener Durchschnittswerte — zunächst mit Geltung bis zum 31. 12. 1922 — begeben müssen.

Hier wird, was schon von den unteren, mit Vorschlägen für die Neufestsetzung befaßten Instanzen nicht allgemein beobachtet worden ist, der Hinweis von Belang sein, daß eine untere Grenze für die neuen Sätze — wenigstens bis zum Ende der Geltungsdauer der bevorstehenden ersten Neufestsetzung (31. 12. 1922) — bereits durch dasselbe Gesetz vom 11. 4. 1921 gegeben erscheint. Denn im Art. XVIII heißt es:

„Bei Unfällen, die sich nach dem 31. Dezember 1919, aber vor dem Inkrafttreten einer erstmali-

Digitized by Google

gen auf Grund des § 936 Abs. 2, 3 und des § 936a der RVO. erfolgten Festsetzung des durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienstes ereignet haben oder noch ereignen werden, ist die Rente nach einem Jahresarbeitsverdienste zu berechnen, der um fünfhundert vom Hundert höher ist, als der zuletzt vor dem 1. August 1914 festgesetzte. Ist seitdem ein Jahresarbeitsverdienst festgesetzt worden, der den durch Satz 1 vorgeschriebenen übersteigt, so bleibt der höhere Jahresarbeitsverdienst für die Rentenberechnung maßgebend."

Betrug also der Durchschnittssatz bis 1. 8. 1914 z. B. noch 900 ℳ — der inzwischen schon wiederholt Erhöhungen erfuhr —, so steigt er vom 1. 1. 1920 ab auf das Sechsfache = 5400 ℳ. Hierin liegt m. E. eine gesetzlich gewollte untere Begrenzung, die den Oberversicherungsämtern, auch wenn sie sonst bei der Festsetzung freie Hand haben, doch die Möglichkeit nimmt, bei der bevorstehenden Neuregelung unter dem Sechsfachen der alten Werte von 1914 zu bleiben. Sonst ergäbe sich der eigenartige Zustand, daß die Rente eines im Jahre 1921 verletzten Arbeiters von einem erheblich höheren Jahresarbeitsverdienste zu berechnen wäre, als die Rente eines im Jahre 1922 Verletzten. Daß das nicht beabsichtigt sein kann, erhellt schon aus dem Schlußsatz des oben wiedergegebenen Art. XVIII, wonach unter allen Umständen der höhere Wert der Rentenberechnung zugrunde zu legen ist, auch dann, wenn der dort eingeführte sechsfache Wert von 1914 durch spätere Zwischenfestsetzungen überholt sein sollte. Dazu erstreckt der erste Satz dieses Artikels die Geltungsdauer auch dieser höheren Werte bis zum Inkrafttreten der neuen erstmaligen Festsetzung, die nach dem eingangs bezeichneten Erlaß zum 1. 1. 1922 zu erfolgen haben wird.

In der Tat ist auch der Begriff der Neufestsetzung unter den jetzigen Zeitverhältnissen nicht ohne die Vorstellung von einer Erhöhung der bisherigen Werte denkbar. Daran ändert sich auch nichts, wenn man den Charakter des Art. XVIII als einer für die Übergangszeit erlassenen Notvorschrift würdigt. Denn einer solchen liegt immerhin die Voraussetzung zugrunde, daß die nachfolgende endgültige Regelung mehr als es eine allgemeine, schematische Maßnahme tun kann, der Wirklichkeit gerecht werde. Das aber wird durch ein Zurückbleiben hinter dem durch die Notvorschrift geschaffenen Zustande wenigstens dann nicht erreicht, wenn einerseits schon die vorläufige Maßnahme nicht als eine voll befriedigende Lösung gelten kann und anderseits die allgemeine Wirtschaftslage keine wesentliche Änderung zeigt. Ob letzteres schon am 1. 1. 1923 — Beginn der ersten Neufestsetzung mit vierjähriger Geltungsdauer — der Fall sein wird, steht aber jetzt noch nicht zur Erörterung.

H. Baum, Regierungssekretär in Coblenz.

Notwendige Änderung des § 176 RVO. über das Beitrittsrecht zur Krankenversicherung.

In dem Entwurf eines Gesetzes über Änderungen der Reichsversicherungsordnung ist durch Artikel 17 auch eine Erweiterung des § 176 RVO. (Ausdehnung der Versicherungsberechtigung auf Kapitulanten) vorgesehen. Von der Versicherungsberechtigung können aber zur Zeit Gewerbetreibende und auch demnächst die Kapitulanten kaum Gebrauch machen, wenn die Einkommensgrenze von 2500 ℳ nicht der heutigen Geldentwertung entsprechend heraufgesetzt wird. Schon bei Änderung der Verdienstgrenze für Angestellte und Erweiterung der Grundlöhne hätte dies geschehen müssen. Die demnächst beginnenden Beratungen über die erwähnte Novelle dürften daher Anlaß bieten, die Aufmerksamkeit auf die anscheinend in Vergessenheit geratene Bestimmung zu lenken.

Wittkämper, Geschäftsführer, Bünde.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Zur Neugestaltung der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Die wirtschaftlichen Nöte der Träger der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung sind auch hier vielfach erörtert worden*). Sie haben einen derartigen Grad erreicht, daß schon von einigen Landesversicherungsanstalten beschlossen worden ist, die Heilverfahren wenigstens teilweise erheblich einzuschränken. Vom Verband der Landesversicherungsanstalten, vom preußischen Landtag, dem Allgem. Deutschen Gewerkschaftsbund und anderen Stellen ist deshalb eine Änderung der Reichsversicherungsordnung verlangt worden, die den Versicherungsträgern vermehrte Einnahmen verschafft.

Am 18. Dezember 1920 nahm der Reichstag eine Entschließung an, nach der die Reichsregierung ersucht wurde, einen Gesetzentwurf vorzulegen, durch den der Notlage der Landesversicherungsanstalten abgeholfen wird, und seine Vorlage so zu beschleunigen, daß die erforderlichen Maßnahmen spätestens mit dem 1. Juli 1921 in Kraft treten können. Die Reichsregierung hat dann auch einen entsprechenden Entwurf vorgelegt. Zunächst soll eine Neueinteilung und Vermehrung der Lohnklassen stattfinden. Es werden zunächst acht Lohnklassen gebildet, deren Grenzen immer um 1000 ℳ auseinanderliegen (also bis 1000 ℳ, 1000 bis 2000 ℳ usw.). Einer neunten Klasse sollen alle Versicherten mit einem Jahresarbeitsverdienst mit mehr als 8000 ℳ angehören. Eine weitere Vermehrung der Lohnklassen, so heißt es in der Begründung, verbiete sich aus versicherungsmathematischen Gründen. Nach dem Entwurf sollen Witwengeld und Waisenaussteuer (einmalige Abfindungen beim Tode eines Versicherten und bei Wegfall der Waisenrente, wenn die Witwe selbst Beiträge geleistet hat) beseitigt werden. Diese Leistungen sind erst durch die RVO. geschaffen und wenig bekannt, so daß sie in vielen

*) Anmerkung der Schriftleitung: Zu vgl. Jahrg. 1920 S. 52, 1921 S. 296, 356. — Neuerdings wieder führte die Notlage der Landesversicherungsanstalt Berlin zur Auflösung der Kinderheilstätte Lichtenberg. Das gesamte Personal ist entlassen worden. Ebenso ist die zahnärztliche Anstalt geschlossen und die gesamte Zahnfürsorge eingestellt. Jetzt steht nur noch die Aufrechterhaltung des vollen Betriebes der Beelitzer Heilstätte in Frage. Die Entscheidung wird von dem Ergebnis der bevorstehenden Reichstagsverhandlungen über die Novelle zum Invalidenversicherungsgesetz abhängen.

Digitized by Google

Fällen gar nicht in Anspruch genommen werden. Ein Witwengeld beträgt nur etwa 84 ℳ, eine Waisenaussteuer nur etwa 27 ℳ. Die Festsetzung verursacht mehr Verwaltungskosten. Für zukünftig festzusetzende Renten werden die Zulagen und Beihilfen zu einem Bestandteil der Renten gemacht. Der § 1287 RVO. soll eine Fassung erhalten, nach der einschließlich des Reichszuschusses bis auf weiteres mindestens betragen soll: eine Invaliden- und Altersrente jährlich 1000 ℳ, eine Witwenrente 750 ℳ, eine Waisenrente 400 ℳ. Eine Änderung erfahren noch die Vorschriften über den Verlust der Anwartschaften. Es war eine große Härte, daß die gesamten Ansprüche untergegangen sein sollten, wenn ein Versicherter in zwei Jahren weniger wie 20 Marken entrichtet hatte. Deshalb sind schon durch die Verordnung vom 9. Februar 1919 Milderungen eingetreten. Sie werden nun in das Gesetz übernommen. Hiernach gilt die Anwartschaft nicht als erloschen, wenn die zwischen dem Eintritt in die Versicherung und dem Versicherungsfall liegende Zeit zum mindesten mit drei Vierteln durch ordnungsmäßig entrichtete Beitragsmarken gedeckt ist. Die Rentenberechnung erfährt eine Vereinfachung. Die Kinderzulagen erhalten eine andere Form. Hat der Empfänger der Invalidenrente Kinder unter 15 Jahren, so erhöht sich die Invalidenrente, und zwar um jährlich 96 ℳ, wenn ein solches Kind vorhanden ist, um jährlich 168 ℳ bei zwei Kindern, um 48 ℳ für jedes weitere Kind. Weiter läßt der Gesetzentwurf die bisherige Unterscheidung nach Gemein- und Sondervermögen fallen, behält aber den Gedanken der Gemeinlast und Sonderlast bei, indem ein Bruchteil der Leistungen von dem Versicherungsträger allein zu tragen ist, während der Rest auf sämtliche Versicherungsträger nach einem bestimmten Maßstabe umgelegt wird. Das bedeutet eine Vereinfachung. Die Beiträge erfahren eine ansehnliche Erhöhung. Sie sollen in Zukunft in Lohnklasse I bereits wöchentlich 3,50 ℳ betragen und bis 7,80 ℳ in der Klasse 9 ansteigen. Das wird eine ganz bedeutende Mehreinnahme bringen. In ausführlichen Übergangsvorschriften ist bestimmt, daß für bisher festgesetzte Renten auch die bisherigen Zulagen und Beihilfen als dauernde Einrichtung weitergezahlt werden. Die Zusatzmarken (§ 1472 RVO.) kommen in Wegfall. Wer bisher solche bezahlt hat, kann sich den Wert zurückzahlen lassen. Die „Sonderanstalten" müssen sich den neuen Einrichtungen anpassen.

In der Begründung zu dem Gesetzentwurf heißt es: „Die Leistungen aus der Invalidenversicherung haben bereits vor dem Kriege wenig befriedigt. Die Wünsche nach Anfügung neuer Lohnklassen an die zur Zeit bestehenden fünf, die schon bei den Vorarbeiten zur Reichsversicherungsordnung laut geworden waren, wurden bei den fortgesetzt steigenden Löhnen erneut erhoben und würden inzwischen auch erfüllt worden sein, wenn nicht die Umwälzung der Geldverhältnisse ein Urteil über das Maß des notwendigen Aufbaues unmöglich gemacht hätte. Auch zur Zeit kann nicht gesagt werden, in welchem Umfange ein dauerndes Bedürfnis für neue Lohnklassen besteht. Mit der Schaffung einer neuen Klasse und mit der Festsetzung von Leistungen und des Betrages in ihr ist es nicht getan, denn jede Beitragsberechnung setzt gewisse Annahmen über den Versichertenbestand in ihr voraus. Die RVO. schreibt im § 1390 Abs. 2 vor, daß die Beiträge der einzelnen Lohnklasse so zu berechnen seien, als ob sämtliche Versicherten nur die Leistungen dieser Lohnklassen erhalten würden; sie setzte also für alle Lohnklassen die gleiche Altersgruppierung, den gleichen Gesundheitszustand, die gleiche Beitragsdauer, kurz das gleiche Versicherungswagnis voraus. Es dürfte ohne weiteres klar sein, daß diese Voraussetzung dann nicht mehr zutrifft, wenn in dem Aufbau neuer Lohnklassen zu weit gegangen wird. In eine Lohnklasse von mehr als 15 000 ℳ bis 20 000 ℳ kommen zweifellos keine oder nur sehr wenige Versicherte in dem Alter zwischen 16 und 20 Jahren. Da eine soziale Versicherung einfach aufgebaut sein muß, also nicht wie die private Versicherung unter anderem nach dem Alter abgestufte Beiträge erheben oder bei gleichbleibenden Beiträgen gestaffelte Renten gewähren kann, würde die Berechnung des Beitrages nach den Vorschriften der RVO. für die Lohnklasse von mehr als 15 000 ℳ bis 20 000 ℳ einen zu niedrigen Wert geben, der das Versicherungswagnis nur zum Teil deckt. Die Folge würde sein, daß der Versicherungsträger in finanzielle Schwierigkeiten gerät und später die Gesamtheit der Versicherten durch Erhöhung der Beiträge die Renten der hochgelöhnten Versicherten zu tragen haben würde. Für jede andere Beitragsberechnung fehlt es aber an Grundlagen.

Ergibt sich aus diesen Erwägungen schon eine gewisse Beschränkung in der Zahl der neuaufzubauenden Klassen, so würde die Gefahr, welche die Anfügung neuer Lohnklassen an die bisherigen fünf in sich birgt, noch wesentlich verschärft werden, wenn an den Grundsätzen der Rentenberechnung, wie sie der § 1288 RVO. vorschreibt, festgehalten wird. Die Ausführungen in der Begr. zum Entw. einer RVO. — Nr. 340, Reichstag, 12 Legisl. Per. II. Sess. 1909/10 S. 357 — weisen zahlenmäßig die Höhe dieses Wagnisses nach. Über die notwendigen Maßnahmen zur Abwendung dieser Gefahr ist das weitere in der anliegenden finanziellen Begründung zum Entwurf dieses Gesetzes ausgeführt.

Die unzureichende Höhe der Versicherungsleistungen hatte schon während des Krieges zu besonderen Fürsorgemaßnahmen für die Rentenempfänger Veranlassung gegeben . . ."

Die Begründung des Entwurfs verweist im weiteren auf die Verordnungen über Zulagen zu den Renten (v. 3. 1. 18, 12. 11. 18, 14. 12. 18, RGBl. S. 7, 1310, 1429 und v. 20. 8. 19, RGBl. S. 1665), ferner auf das Gesetz v. 20. 5. 20 (RGBl. S. 1091), wodurch nicht nur die Leistungen, sondern auch die Beiträge erhöht wurden, letztere jedoch nicht auf Grund versicherungsmathematischer Berechnung entsprechend den erhöhten Leistungen. „Tatsächlich — so fährt die Begründung fort — deckten die Einnahmen aus den Beitragserhöhungen eines Jahres knapp die Aufwendungen für die erhöhten Zulagen, die in demselben Jahre notwendig sind; die Beitragserhöhungen stellen also eine Umlage dar zur Deckung des sofortigen Bedarfs, während bisher durch die Beiträge auch die Anwartschaften auf künftige Versicherungsleistungen gedeckt wurden. Die Beitragserhöhungen führen also zu keiner Kapitalbildung; den Versicherungsträgern fehlen sonach weiterhin die baren Mittel, um die obengenannten gesteigerten Betriebskosten aufzubringen. — Die steigende Not unter den Empfängern von Renten aus der sozialen Versicherung veranlaßte den Reichstag, durch das aus seiner Mitte hervorgegangene „Gesetz vom 26. Dezember 1920 über eine außerordentliche Beihilfe für Empfänger von Renten aus der Invalidenversicherung" (RGBl. S. 2315) zunächst diesen Personenkreisen eine außerordentliche Beihilfe zu gewähren, die 40 ℳ für Empfänger einer Invaliden-, Alters-, Witwen- oder Witwer-

Digitized by Google

rente und 20 ℳ für Empfänger einer Waisenrente beträgt. Zur Deckung der Kosten dieser Beihilfen wurden die seit dem 1. August 1920 geltenden Beiträge verdoppelt. Auch hier ist nur die Deckung für den sofortigen Bedarf vorgesehen; die finanzielle Notlage der Versicherungsträger ist in keiner Weise gemildert."

Der ständige Ausschuß des Verbandes der Landesversicherungsanstalten hat zu dem Gesetzentwurf nach Verständigung mit dem Reichsarbeitsministerium eine Reihe Verbesserungsvorschläge gemacht. Die Abgrenzung der Lohnstufen soll so getroffen werden, daß sie erst mit 15 000 ℳ aufhört und alle Versicherten mit einem höheren als diesem Jahresarbeitsverdienst der höchsten Klasse angehören. Der festbezifferte Mindestrentenbetrag soll aus dem Gesetz fortbleiben, dafür soll die Rentenberechnung so werden, daß die angegebenen Mindestrentenbeträge tatsächlich erreicht werden. Mehrere andere Abänderungen sind vorwiegend versicherungstechnischer Art. Der Verband der Landesversicherungsanstalten selbst hielt am 16. Juni in Dresden einen außerordentlichen Verbandstag ab, um zu dem Gesetzentwurf Stellung zu nehmen. Anwesend waren rund 150 Vertreter fast aller Landesversicherungsanstalten, außerdem Vertreter des Reichsarbeitsministeriums, des Reichsversicherungsamts und anderer Behörden. Der Vorsitzende des Verbandes, Geheimrat Schröder-Cassel, eröffnete die Tagung mit einem Überblick über ihren Zweck. Der Syndikus des Verbandes, Landesrat Görling-Cassel, hielt einen anregenden Vortrag über die Regierungsvorlage. Ganz besonders wendete er sich dabei gegen die Bestimmungen über die Mindestrente. An einen Abbau der Teuerungszulagen zu den Renten dürfe jetzt noch lange nicht gedacht werden. Der Reichszuschuß zu den Renten, der jetzt bekanntlich z. B. nur 50 ℳ für jede Invalidenrente beträgt, müsse bedeutend erhöht werden. Der Zuteilung der Versicherten zu den einzelnen Lohnklassen müsse der tatsächliche Arbeitsverdienst zugrunde gelegt werden. Die Gestattung von besonderen Zuschlägen zu den Normalbeiträgen durch die einzelnen Versicherungsanstalten sei unzweckmäßig.

Die folgende Aussprache war außerordentlich lebhaft und lehrreich. Zunächst führte Bürgermeister Kleeis gemäß einer voraufgegangenen Besprechung der Versichertenvertreter aus, daß man, der Not gehorchend, mit der Gesetzesänderung einverstanden sein müsse, obgleich sie den Versicherten neue schwere Lasten, aber keine erweiterte Fürsorge bringt. Er wendet sich in der Hauptsache gegen die Art der Lohnklassenabgrenzung. Die Abmessungen seien ganz willkürlich getroffen, ohne Rücksicht auf das praktische Leben. Die angestrebte Übereinstimmung mit der Angestelltenversicherung sei nicht so wichtig, außerdem müsse diese jetzt ebenfalls geändert werden, wobei man sich nach der Invalidenversicherung richten könne. Viel bedeutungsvoller sei eine Übereinstimmung mit der Krankenversicherung, weil der Kreis der versicherungspflichtigen Personen der gleiche sei. Gewiß sei heute die Klassifizierung in der Krankenversicherung jeder Kasse überlassen und daher äußerst verschieden, das müsse aber auch einmal aufhören. Habe die Invalidenversicherung ein Klassensystem, das leicht auf die Krankenversicherung übertragbar ist, so werden es die Krankenkassen auch anwenden. Das richtigste wäre natürlich, diese Klassenabgrenzung zwangsweise auf alle Krankenkassen im Reiche zu übertragen. Es müsse doch einmal der Anfang mit einer solchen Vereinheitlichung gemacht werden. Die beste Gelegenheit biete sich jetzt bei der Änderung des Klassensystems in der Invalidenversicherung. Werde diese nicht wahrgenommen, dann sei auf lange Zeit der Weg zur Vereinfachung versperrt. Kleeis schlug vor, die Lohnstufen so zu bilden, daß ihre Grenzen immer sich durch 300 (Arbeitstage) teilen lassen. Beispiel: Wer bis 5 ℳ Tagesverdienst und (300 Arbeitstage × 5 ℳ =) 1500 ℳ Jahresarbeitsverdienst hat, gehört in beiden Versicherungszweigen der 1. Klasse an, wer 5 bis 10 ℳ täglich oder 1500 bis 3000 ℳ jährlich bezieht, der 2. usw. So kommt man zu zehn Klassen, wobei alle Versicherten mit über 15 000 ℳ Jahresarbeitsverdienst der höchsten Klasse angehören. Gegen den Wegfall der Witwengelder und Waisenaussteuer könne man nichts einwenden, da diese Leistungen heute kaum noch eine wirtschaftliche Bedeutung haben. Mit der Streichung der Mindestrentenbeträge aus der Regierungsvorlage könne man sich nur dann einverstanden erklären, wenn eine Rentenberechnung gefunden wird, nach der jene Mindestbeträge tatsächlich überschritten werden. Man müsse noch für die Ausgestaltung des Selbstverwaltungsrechts der Versicherten in der Invalidenversicherung eintreten und hätte gewünscht, daß auch hierüber das Notgesetz Vorschriften enthielt.

Es sprachen noch Geheimrat Düttman-Lübeck, der für Anpassung der Lohnklassen an die Beitragsstufen in der Angestelltenversicherung eintrat*), die Geheimräte Bielefeld, Dietel, Junge, Appelius, Lorenz, Seits, Niebelschütz usw. Von den Versicherungsvertretern sprachen noch Landtagsabgeordneter Hirtzieher, Hof-Karlsruhe, Gottschalk-Hamburg, außerdem Präsident Neumann-Darmstadt, Fräßdorf-Dresden und andere. Verlangt wird noch die Beseitigung des Mindestalters von 16 Jahren für den Eintritt der Versicherungspflicht und die Verdoppelung der Kinderzulagen an Invalidenrentenempfänger (wozu die Versichertenvertreter einen Antrag einbringen). Der Vorsitzende vermied es, über die verschiedenen Anträge eine formgerechte Abstimmung vorzunehmen. Hinsichtlich der hauptsächlichsten Anträge — Anpassung der Lohnklassen an die Krankenversicherung, Verschmelzung der Angestellten- mit der Invalidenversicherung — stellte er Einmütigkeit der Versammlung fest, die anderen Anregungen wurden dem Reichsarbeitsministerium überwiesen.

Der zweite Verhandlungsgegenstand der Tagung betraf die Invalidenversicherung der Hausgewerbetreibenden. Diese konnten seither der Versicherungspflicht durch Bundesratsbeschluß unterstellt werden, was aber bislang nur hinsichtlich der Hausgewerbetreibenden in der Textil- und Tabakindustrie geschehen ist. Ein Regierungsentwurf einer Gesetzesänderung will die Hausgewerbetreibenden allgemein ohne Rücksicht auf die Höhe ihres Verdienstes der Versicherungspflicht unterwerfen. Weiter wird vorgeschlagen, daß der Reichsarbeitsminister mit Zustimmung des Reichsrates allgemein oder in einzelnen Bezirken die Versicherungspflicht auf kleine Gewerbetreibende und Betriebsunternehmer erstrecken kann, die in ihren Betrieben regelmäßig keine oder höchstens einen Versicherungspflichtigen beschäftigen. Der Verbandstag begrüßte diese Absicht und stimmte ihr einmütig zu. Nur wurde von einem Redner der Wunsch vorgebracht, im letzten Satz zu sagen „zwei Versicherungspflichtige". Ein

*) Zu vgl. dessen Ausführungen über die finanzielle Lage der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung, hier S. 433.

Digitized by Google

anderer Regierungsvorschlag läuft darauf hinaus, das Einzugsverfahren (Einziehung der Invalidenversicherungsbeiträge durch die Krankenkassen) einzuschränken. Wenn die oberste Verwaltungsbehörde nach § 1447 RVO. das Verfahren irgendwo einführen wolle, solle es in Zukunft nur geschehen können, wenn die zuständige Landesversicherungsanstalt „zustimmt". Außerdem solle die genannte Behörde das Einzugsverfahren wieder aufheben können. Diese Angelegenheit rief eine lebhafte Aussprache hervor. Ein Antrag der Landesversicherungsanstalt der Hansestädte will, daß das Einzugsverfahren auch auf Antrag der Landesversicherungsanstalt aufzuheben ist. Zuständig dafür soll jene Behörde sein, die das Einzugsverfahren angeordnet hat. Die Befürworter des Einzugsverfahrens (meist Vertreter von Anstalten, in denen es besteht) wandten sich entschieden gegen die Einschränkungen. Schließlich wurde der Antrag aus den Hansestädten mit einer Ergänzung Fräßdorfs (Dresden) angenommen, nach der ein solcher Antrag einer Landesversicherungsanstalt der Zustimmung der Versichertenvertreter im Gesamtvorstand bedarf.

Beantwortung von Anfragen.

Rechtsauskünfte aus unserem Arbeitsgebiet erteilen wir den Beziehern unserer Zeitschrift bereitwillig, ohne indessen eine Verpflichtung oder eine zivilrechtliche Haftung zu übernehmen. Für schriftliche Auskunft wird Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten, und zwar auch dann, wenn nur Bescheid durch die Zeitschrift erbeten, die Sache aber zur Veröffentlichung an dieser Stelle nach unserem Ermessen nicht geeignet ist.

Zur Anwendung des § 212 (mit § 197) RVO. bei der Wochenhilfe.

1. **Nach Augsburg.** Frage: Die Ehefrau eines Versicherten unserer Kasse ist am 10. 12. 20 entbunden und hat Familienwochenhilfe nach § 205a RVO. mit 220,25 ℳ bezahlt erhalten. Ab 24. 2. 21, also noch während des Bezugs des Stillgeldes, ist der Versicherte zu einer Betriebskrankenkasse übergetreten. Wir haben nach Abwicklung des Wochenhilfefalles unsere Ersatzansprüche gegenüber den beteiligten Krankenkassen, denen der Versicherte im Vorjahre angehört hatte, gemäß § 197 und gegen die Betriebskrankenkasse auch nach § 212 RVO. betätigt, obwohl andere oder höhere Leistungen satzungsgemäß seitens der Betriebskrankenkasse nicht eingeführt sind. Nachdem sich nun diese Kasse, gestützt auf die Ausführungen von Krause in seinem Kommentar, weigert, den nach § 212 verrechneten Hälfteanteil mit 3,35 ℳ anzuerkennen, bitten wir um Mitteilung, welchen Rechtsstandpunkt Sie einnehmen. Der Bescheid des Reichsarbeitsministers vom 8. 9. 20 (ArbVers. S. 671) ist uns bekannt.

Antwort: Wir können die Auffassung von Krause nicht teilen. Die Fassung des § 195a Abs. 2 (§ 205a Abs. 3) RVO. gestattet gar keinen Zweifel, daß, wie der Bescheid des Arbeitsministers es ausdrückt, der § 212 RVO. keineswegs völlig ausgeschaltet ist; nur die Zuständigkeit zur Durchführung der an sich gemäß § 212 von der anderen Kasse nach ihrer Satzung zu übernehmenden Leistung soll der erstverpflichteten Kasse verbleiben. Sie hat also die Wochenhilfe bis zum Kassenwechsel für eigene Rechnung, darüber hinaus aber für Rechnung der anderen Kasse in dem durch die Satzung dieser Kasse bestimmten Ausmaße zu gewähren (zu vgl. Jaeger, Wochenhilfe, Anm. 22 zu § 195a, S. 39), dann wegen aller dieser Leistungen gegebenenfalls die Erstattungsansprüche aus § 197 RVO. gegen die Kassen, denen die Wöchnerin (§ 195a) oder der Versicherte (§ 205a) im Vorjahre angehört hatte, zu verwirklichen und schließlich wegen des durch diese Erstattungsansprüche nicht gedeckten Teils der Gesamtaufwendungen mit der anderen, nach § 212 leistungspflichtig gewordenen Kasse abzurechnen. Daß sie sich an diese Kasse — wie in jenem Bescheid angenommen ist — nur dann werde halten können, wenn deren Satzung höhere Wochenleistungen vorsieht, ist also nicht richtig. Wie die Abrechnung zwischen der ersten und der zweiten leistungspflichtigen Kasse zu erfolgen hat, ergibt sich aus den Auskünften in ArbVers. 1915 S. 670 Ziff. 2, S. 715; zu vgl. auch 1916 S. 596 Ziff. 7b).

a) Krankengeld für jeden „Kalendertag" darf die Satzung nicht bewilligen. b) Einschränkende Voraussetzungen für den Anspruch auf „Taschengeld" (§ 194 Ziff. 2 RVO.).

2. **Nach Halden.** Antwort: a) Mit Recht wird die beabsichtigte Satzungsänderung, wonach Krankengeld für jeden Kalendertag gewährt werden soll, beanstandet. Nach § 182 Ziff. 2 RVO. wird Krankengeld als Regelleistung nur für jeden Arbeitstag gezahlt; als Mehrleistung kann es nach § 191 Abs. 1 allgemein auch für Sonn- und Feiertage, nicht aber auch für solche Werktage zugebilligt werden, die für den Versicherten keine Arbeitstage sind. Hiergegen würde die geplante Satzungsbestimmung verstoßen. Eine Änderung des Gesetzes in Ihrem Sinne ist aber in Aussicht genommen (zu vgl. Hoffmann, hier, Heft 19 S. 395 unter VI).

b) Im zweiten Punkt ist das Verlangen des Oberversicherungsamts unverständlich. Das Taschengeld aus § 194 Ziff. 2 RVO. ist eine Mehrleistung, deren Gewährung die Satzung von Einschränkungen, die alle Versicherten gleichmäßig treffen, abhängig machen kann. Gegen die Zulässigkeit der von Ihnen im Änderungsentwurf aufgestellten Voraussetzungen wendet das Oberversicherungsamt nichts ein. Es will nur zugesetzt wissen, daß der Versicherte Taschengeld nicht erhält, wenn die Voraussetzungen nicht erfüllt sind. Das ist genau so überflüssig, wie etwa ein Zusatz, wonach Krankenhilfe nicht erhält, wer nicht krank ist.

Wahlberechtigung und Wählbarkeit der durch die Gemeinde gegen Krankheit versicherten Erwerbslosen.

3. **Nach Köln.** Frage: Haben die bei unserer Kasse versicherten Arbeitslosen aktives und

Digitized by Google

passives Wahlrecht? Wir sind der Ansicht, daß ein Wahlrecht nicht besteht, da von den Arbeitslosen selbst keine Beiträge entrichtet werden, sondern diese Beiträge von der Unterstützungsgemeinde, in diesem Falle von der Stadt Köln, getragen werden.

Antwort: Wir teilen Ihre Auffassung nicht. An sich ist es durchaus gerechtfertigt, zwischen Versicherung und Mitgliedschaft zu unterscheiden, die zwar regelmäßig, aber doch nicht immer miteinander verbunden sind (zu vgl. z. B. über Versicherung ohne Mitgliedschaft: § 214 RVO. und über Mitgliedschaft ohne Versicherung: § 517 RVO.). Aber unrichtig ist es, als entscheidendes Merkmal oder als unerläßliche Voraussetzung der Kassenmitgliedschaft das Bestehen einer eigenen Beitragspflicht des Versicherten anzusehen (zu vgl. z. B. § 311 in Verbindung mit § 383 RVO., ferner § 517). Nach § 12a der Verdg. über Erwerbslosenfürsorge hat, wenn ein Erwerbsloser zur Fortsetzung oder Aufrechterhaltung einer Versicherung gegen Krankheit berechtigt ist, die Gemeinde (in näher bestimmter Art) dies Recht an Stelle des Erwerbslosen für ihn auszuüben. In den Gründen der Entscheidung des RVA. v. 30. 10. 1919 (ArbVers. 1920 S. 26, 27) ist ausgeführt, daß der Inhalt dieses Rechtes dadurch, daß seine Ausübung der Gemeinde übertragen ist, in keiner Weise verändert wird. Hieraus folgt, daß nicht nur die Leistungsansprüche aus der Versicherung, sondern auch die Mitgliedschaft und die auf ihr beruhenden besonderen Rechte dem Erwerbslosen erhalten werden. Demgemäß spricht die erwähnte Entscheidung auch davon, es müsse der Wille zum Ausdruck kommen „Kassenmitglied zu bleiben". Folglich stehen dem Erwerbslosen auf Grund des durch die Gemeinde ausgeübten Rechtes die aus der Mitgliedschaft fließende Wahlberechtigung und Wählbarkeit in gleicher Weise zu, als wenn er das Recht zur Fortsetzung oder Aufrechterhaltung der Versicherung selbst ausgeübt hätte.

Wieweit unterliegt der Mehrbetrag an Unfallrente, der sich aus der Erhöhung der „Drittelungsgrenze" ergibt, dem Zugriff eines anderen Versicherungsträgers?

4. **Nach Hamburg.** Frage: Mit Gesetz vom 11. April 1921 hat die Grundlage der Rentenberechnung in der Unfallversicherung insofern eine Änderung erfahren, als der unteilbare Jahresarbeitsverdienst von 1800 ℳ auf 10 200 ℳ festgelegt wurde, wobei auch Unfälle, die bereits entschädigt werden und sich nach dem 31. Dezember 1919 ereignet haben, zu berücksichtigen sind. Auf die sich hieraus ergebende Rente soll die bisher gezahlte Rente und eine — bei Unfällen vor dem 1. Februar 1920 — etwa gewährte Rentenzulage angerechnet werden. Wenn sich hierbei jedoch ein Mehrbetrag nicht ergibt, so soll die bisherige Rente mit der Rentenzulage weitergewährt werden. Bei Umrechnung solcher Unfallrenten sind Zweifel entstanden, ob ein etwaiger Mehrbetrag dem Verletzten ungeschmälert ausgehändigt werden kann, oder ob die früher das Heilverfahren leitende Krankenkasse bis zur Höhe ihres damals ausgefallenen Erstattungsanspruchs auf die Rente aus dem Differenzbetrag zu befriedigen ist. Wenn diese Frage zu bejahen wäre, so wäre weiter noch zu entscheiden, ob der Differenzbetrag als Rentenrückstand oder als laufende Rente anzusehen ist, bzw. ob er nach dem Verhältnis einen Rentenrückstand und eine laufende Rente darstellt. Wir meinen, daß es sich weder um einen Rentenrückstand noch um eine laufende Rente, sondern um eine später gesetzlich bestimmte Rentennachzahlung handelt, die der Teuerung steuern soll, zumal sie gegebenenfalls an Stelle der nicht für Ersatzansprüche der Krankenkassen haftenden Rentenzulage tritt und daher in ganzer Höhe an den Rentenbezugsberechtigten auszuzahlen ist. Wird das als richtig anerkannt?

Antwort: Wir treten Ihrer Auffassung bei und verweisen zur Begründung zunächst auf die Ausführungen von Krohn im Heft 18 S. 352 über die Entstehungsgeschichte der die Erhöhung der Drittelungsgrenze betreffenden Vorschriften des Gesetzes vom 11. 4. 21. Es ergibt sich daraus, daß die Vrdg. vom 5. 5. 20 die Gewährung von Zulagen deshalb auf Unfälle aus der Zeit vor 1920 beschränkt hat, weil man in Aussicht genommen hatte, die Erhöhung der Drittelungsgrenze einzuführen und mit Rückwirkung auf die nach 1919 eingetretenen Unfälle auszustatten, und weil deshalb ein Bedürfnis für Zuschläge zu den Renten für diese späteren Unfälle nicht anerkannt werden konnte. Hiernach kann man den Mehrbetrag an Rente, der sich aus der Rückwirkung des Gesetzes ergibt, zunächst keinesfalls als „Rentenrückstand" bezeichnen; denn der Anspruch auf Zahlung dieses Betrages ist nicht vor der Verkündung des Gesetzes entstanden, war also bis dahin nicht fällig und also nicht rückständig. Der Mehrbetrag an Rente nun, der sich für die von der Verkündung ab fällig werdenden Beträge ergibt, stellt zweifellos nichts anderes dar, als einen Teil der Rente selbst, die sich lediglich durch eine auf die Dauer gesetzliche Änderung einer Grundlage der Berechnung erhöht. Die Nachzahlung des Mehrbetrages für die Zeit vor der Verkündung des Gesetzes beruht dagegen nur rechnerisch auf der gleichen Grundlage, ist aber ihrem Wesen nach nicht Rente, d. h. eine wiederkehrende Leistung, sondern eine einmalige Leistung zu dem Zwecke, die Unbilligkeit auszugleichen, daß man die Rentenzulagen auf die Unfälle vor 1920 beschränkt hatte. Diesem Zwecke und der Billigkeit entspricht es daher, die Nachzahlung, in gleicher Weise wie die Rentenzulagen, wegen des höchstpersönlichen Charakters des Anspruches dem Zugriffe eines anderen Versicherungsträgers zu entziehen. Zu vgl. Entsch. des Versicherungsamts Hamburg im Heft 20 S. 389.

Berechnung der anteiligen Erstattung nach § 197 RVO.

5. **Nach Rostock.** Antwort: Die Zahl der Tage des Kalenderjahres (365 oder 366) spielt bei der Berechnung des Ersatzes nach § 197 RVO. keine Rolle. Die Erstattung erfolgt „nach Verhältnis der Mitgliedzeit" im Jahre vor der Entbindung. Da der versicherte Ehemann in diesem Vorjahre 37 Tage Ihrer Kasse und 93 Tage der Ortskrankenkasse angehört hat, entfallen von den Ihrer Kasse (nach Erstattung der Hälfte durch das Reich) noch zur Last gebliebenen 78,25 ℳ auf Ihre Kasse selbst $^{37}/_{130}$ und auf die Ortskrankenkasse $^{93}/_{130}$. Letzterer Betrag also ist Ihnen zu erstatten.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Str. 12.
Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., in Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

Heft 1327 der ganzen Folge.

38. Jahrgang | 1. September 1921 | Heft 25

Das Ruhen der Unfallrente wegen Aufenthalts in den an Polen abgetretenen Gebieten (§ 615 Ziff. 3 RVO.).

Von Oberregierungsrat Dr. Reuscher, Direktor des Oberversicherungs-Amts in Schneidemühl.

Durch den Raub unserer Ostmark sind weite Gebiete deutschen Landes Ausland geworden und muß auf die Dauer auch die Staatsangehörigkeit ihrer Einwohner beeinflußt werden. Da diese in mancherlei Hinsicht für die Ansprüche aus unserer sozialen Gesetzgebung von Erheblichkeit ist, konnten die Versicherungsträger an der Frage, ob und inwieweit bereits bestehende Ansprüche von Einwohnern der genannten Gebiete durch jene Veränderung berührt werden, nicht vorübergehen. Sie haben sich mit ihr dahin abgefunden, daß sie jene Leute als Ausländer angesprochen und ihre Renten gemäß § 615 Ziff. 3 RVO. zum Ruhen gebracht haben, da ihr Aufenthalt in den jetzt Ausland gewordenen Gebieten als freiwilliger anzusehen sei. Hieraus hat sich eine Flut von Rechtsstreitigkeiten entwickelt, in denen die Betroffenen unter mehr oder weniger ausführlicher Begründung ihrer Überzeugung von der Unrechtmäßigkeit dieser Maßregel sich den Fortbezug der wegen des Währungsunterschiedes doppelt bedeutsamen, zum Teil durch langjähriges Versichertsein erkauften Leistungen zu sichern suchen. Das hiesige Oberversicherungsamt hatte diese Streitsachen zunächst in dem Sinne beurteilt, daß es den § 615 um deswillen für nicht anwendbar, das Ruhen der Renten für unstatthaft erklärte, weil bei Erlaß jener Bestimmung offenbar niemand auch nur entfernt an eine solche Entwicklung der Dinge gedacht habe. Gemeint seien in § 615 Ziff. 3 zweifellos nur solche Leute, die als Ausländer einen Rentenanspruch erworben haben. Da ja doch, so wurde gefolgert, unsere soziale Gesetzgebung zunächst und grundsätzlich nur den Landeskindern zu dienen bestimmt ist*), Ausländer aber sich nach der Absicht des Gesetzgebers der Wohltaten des Gesetzes nur so lange erfreuen sollen, wie sie die Voraussetzungen — gewöhnlicher Aufenthalt (oder doch entsprechende Absicht) im Inlande unter Zustimmung der Behörden**) — erfüllen, habe eben der Gesetzgeber das Ruhen der Renten vorgesehen, sobald der Ausländer den Voraussetzungen nicht mehr genügt.

Die aus einem gesunden, völkischen Gefühl entspringende Auflehnung gegen das uns angetane Unrecht kam in der auch in manchen Eingaben der Betroffenen selbst sich findenden Wendung „der Berechtigte darf nicht darunter leiden, daß zwischen ihn und den Versicherungsträger sich eine Landesgrenze geschoben hat“ zum Ausdruck. Und mit der Folgerung „Bei der ohne oder gegen den Willen des einzelnen geschehenen

*) Daher die Zulassung einer Befreiung von der Versicherungspflicht für vorübergehend zugelassene Ausländer nach § 1233.

**) Die Rente ruht für den ausgewiesenen Ausländer — § 615 Ziff. 4. —.

Digitized by Google

Abtretung könne von einem freiwillig gewählten Aufenthalt im Auslande nicht die Rede sein" wurde versucht, den uns gewaltsam entfremdeten Landsleuten über alle Feindeswillkür hinweg durch Aufrechterhaltung ihrer Ansprüche die Hand zu reichen.

Der Nachprüfung durch das Reichsversicherungsamt haben diese Erwägungen nicht standgehalten. Ihre Auslegung der Worte „Freiwillig sich aufhält" leidet eben doch an einer Verkennung des Begriffs, für den neben der Wahl ganz besonders die Beibehaltung des Aufenthalts bezeichnend ist. Und jene zuerst genannten, so außerordentlich naheliegenden gefühlsmäßigen Erwägungen vergessen, daß im Völkerleben auch der Raub Tatsachen schafft, die durch ihr Bestehen und für die Dauer ihres Bestehens, zumal wenn sie durch Verträge festgelegt sind, „Recht" bilden. Aber auch die gute Absicht der Fernhaltung von Nachteilen von unseren Landsleuten, deren Berücksichtigung bei der Rechtsprechung an sich Bedenken unterliegt, erweist sich als irreführend; denn die Weiterzahlung der Renten trifft wahllos den treuen Stammesbruder und den, schließlich doch wohl zahlreichern, Stockpolen, der den Raub der blühenden Provinzen mit gefördert oder doch freudig begrüßt hat. Sie hat also möglicherweise im Gesamtergebnis keineswegs die gehoffte uns günstige Wirkung. Und endlich ruht die Rente, wengleich mit gewissen Maßgaben, auch bei dem Deutschen — §§ 615 Ziff. 2, 1116 Ziff. 1 und 2, 1313 —; die Behandlung der hier in Rede stehenden Rentenempfänger als Ausländer stellt sie also, da ihr Aufenthaltsort zweifellos jetzt Ausland ist, keineswegs ohne weiteres schlechter, als sie beim Fortbestehen ihrer deutschen Staatsangehörigkeit ständen.

Die Entscheidung des Reichsversicherungsamtes vom 3. Februar d. J. in Sachen Mahlke c/a. Steinbruchsberufsgenossenschaft, die für unsere Frage grundsätzliche Bedeutung hat, entscheidet im Anschluß an eine genaue Darlegung und Würdigung der Rechtslage nach dem Versailler Vertrage die Frage, inwieweit auf diese Rentenbezieher unsere Bestimmung überhaupt anwendbar erscheint, unter Zurückweisung der erwähnten Bedenken dahin, daß alle vor dem 1. Januar 1908 in den jetzt polnisch gewordenen Landesteilen wohnhaft Gewesenen ohne weiteres, die übrigen erst nach Erwerbung der polnischen Staatsangehörigkeit Ausländer sind. Gebessert ist hierdurch aber an der unbefriedigenden Rechtslage nichts, denn nunmehr sehen sich die Spruchbehörden vor der Notwendigkeit, in jedem einzelnen Falle zu prüfen, ob der Aufenthalt des Klägers in Polen als nichtfreiwilliger anzusehen oder das Ruhen der Rente gerechtfertigt ist.

Eine solche Entscheidung über einen rein inneren Vorgang ist unter allen Umständen schwierig. Sie wird bestenfalles, da der Versicherung des persönlich Beteiligten selber kein ausschlaggebendes Gewicht beizulegen ist, in Ermangelung sicherer Unterlagen auf ein Glaubhaftmachen und Fürwahrscheinlichhalten, also auf eine Annahme, nach Erforschung gewisser von den Parteien namhaft gemachter Anzeichen hinauslaufen. Ihnen läßt sich allerdings, soweit ein ordnungsmäßiges, friedlich-freundliches Verhältnis zu dem fremden Staate besteht, mit einiger Aussicht auf Erforschung der Wahrheit in gelegentlichen Einzelfällen wohl nachgehen. Gegenüber einem grundsätzlich ablehnend gestimmten feindlichen Staatswesen mit einer ganz unberechenbar völkisch eingestellten Mischbevölkerung und bei einer solchen Häufung gleichartiger Streitsachen, wie sie hier vorliegt, erweisen sich aber alle Versuche einer solchen Feststellung als aussichtslos, und die Entscheidung muß nach mehr oder weniger grundsätzlichen Erwägungen ergehen. Diese sind beim Reichsversicherungsamt ablehnend ausgefallen: Es erklärt nicht nur den Hinweis der Kläger auf ihr Widerstreben gegen die Abtretung ihrer Heimat an Polen, sondern auch ihre vielfach betonte Mittellosigkeit und die sonstigen durch die

Digitized by Google

polnischen Verhältnisse bedingten Schwierigkeiten einer Übersiedelung nach Deutschland für unerheblich, da der Nachweis, daß die Kläger tatsächlich „den ernsthaften Willen zur Übersiedlung nach Deutschland haben und nur durch die bezeichneten, außerhalb ihres Willens liegenden Umstände an dessen Verwirklichung gehindert werden", nicht erbracht sei. Und somit kommt das Reichsversicherungsamt ganz folgerichtig dahin, den Klägern sei nicht zu helfen, „es müsse ihnen überlassen bleiben, von dem ihnen zustehenden Optionsrecht Gebrauch zu machen und die deutsche Staatsangehörigkeit wieder zu erwerben".

Eine solche etwas überraschend einfache Lösung ihrerseits zu empfehlen, müssen die unteren Spruchbehörden Bedenken tragen. Sie kämen dadurch leicht in den Verdacht, der Entscheidung ausweichen, auf die Kläger, die doch Anspruch darauf haben, als Ausländer ihr Recht zuerkannt zu bekommen, einen unzulässigen Druck im Sinne der Erzwingung eines Staatsangehörigkeitswechsels ausüben zu wollen. Auch müssen sie nach der Gesetzesbestimmung entscheiden und sich darüber klar sein, daß bei Innehaltung der vom Reichsversicherungsamt gegebenen Richtlinien unzweifelhaft vielen Klägern, und zwar wahrscheinlich gerade deutschen Stammesbrüdern, die lieber heut als morgen nach Deutschland zurückkämen, Unrecht geschieht.

Sich hiermit abzufinden zeigten nun aber die Beisitzer des hiesigen Oberversicherungsamts, denen die Verhältnisse in Polen und das dem Deutschen drüben zugebilligte Maß von Rechten aus eigener Anschauung nur zu gut bekannt sind, keine Neigung, und so hat denn dieses Oberversicherungsamt den Versuch unternommen, auf der durch die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts geschaffenen Grundlage die dort anscheinend doch nicht genügend gewürdigten Schwierigkeiten zur Geltung zu bringen, die es tatsächlich auch bei ernstlichem Wollen des Einzelnen zu einer Rückkehr nach Deutschland nicht kommen lassen.

Es führt folgendes aus: „Einer Übersiedelung nach Deutschland wird aller Voraussicht nach zunächst der Mangel an Geldmitteln entgegenstehen; schon der ungünstige Stand der polnischen Währung macht es Leuten, die, wie auch der Kläger, nur von dem Ertrage ihrer Hände Arbeit leben und höchstens über einige Ersparnisse verfügen, fast unmöglich, das Land zu verlassen. Es kommen aber noch hinzu die außerordentlichen sonstigen Schwierigkeiten einer Wohnsitzverlegung nach Deutschland. Diese erheischt zunächst die Erfüllung vieler, notorisch überaus scharf gehandhabter Förmlichkeiten gegenüber den polnischen Behörden, denen zu genügen einfachen Leuten von der Art des Klägers überaus schwerfällt. Außerdem aber ist für jeden Zuziehenden die Wohnsitzbegründung in Deutschland jetzt ganz außerordentlich erschwert, einerseits durch die große Wohnungsnot und den Arbeitsmangel und sodann durch die vielfachen Beschränkungen der Freizügigkeit in Deutschland, die besonders dem Ausländer gegenüber erheblich sind. Selbst bei ernstem guten Willen kann daher, wenn alle in Betracht kommenden Verhältnisse berücksichtigt werden, von einer beliebig ausnutzbaren Möglichkeit zur Übersiedelung nach Deutschland und wirklicher Freiheit der Entschließung, wie sie § 615 voraussetzt, nicht gesprochen werden."

Die Schlußfolgerung, daß gegenüber diesen gehäuften, oft noch durch hohes Alter, unverwertbaren polnischen Grundbesitz u. dgl. vermehrten Schwierigkeiten auch ein ernster Übersiedlungswille machtlos, die Fortsetzung des Aufenthalts in Polen also*) als eine der Regel nach notgedrungene anzusehen sei und weitere Ermittelungen sich erübrigten, hat zuerst etwas Befremdendes, besonders auch deswegen, weil sie den Berufsgenossenschaften die Beweislast für die etwa trotzdem bestehende Freiwilligkeit des Verbleibens in Polen zuschiebt. Sie ent-

*) Mag sie auch nebenher im Einzelfalle persönlichem Wunsche entsprechen.

Digitized by Google

spricht aber m. E. durchaus der Absicht des Gesetzgebers, der bei Erlassung der Bestimmung offenbar von der Voraussetzung regelrechter, dem früheren Gange des Völkerverkehrs entsprechender Verhältnisse ausgegangen ist. Unter diesen standen durchweg, sobald nicht ganz besondere, schnell zu erforschende und bald bewiesene Ausnahmeverhältnisse vorlagen, Aufenthalt und Niederlassung in jedem Lande rechtlich und tatsächlich rein im Belieben jedes Einzelnen. Die Behauptung „den Kläger hält lediglich sein freier Wille im Auslande zurück, er brauchte nur zu wollen, um die Bestimmung des Gesetzes, die den Rentenbezug des Ausländers an den Aufenthalt im Inlande knüpft, zu erfüllen", entsprach fast immer den Tatsachen.

Nachdem hierin, wenigstens was die hier allein interessierenden Beziehungen zu Polen angeht, eine so vollständige, früher nicht für möglich gehaltene Änderung eingetreten, die Freiheit der Entschließung fast bis zu vollständiger Aufhebung eingeschränkt ist, kann es, zumal im Streitverfahren über wohlerworbene Rechte aus Verträgen, nicht im Sinne des Gesetzgebers liegen*), dem Ausdruck „freiwillig sich aufhält" eine Auslegung zu geben, die an das m. W. längst nicht mehr maßgebende „coactus voluit" („er hat gewollt, wenngleich unter einem Zwange") der Pandekten-Jurisprudenz erinnert, dem schließlich jede, auch die erzwungene Handlung in gewissem Sinne als freiwillige galt. Das Reichsversicherungsamt selbst hat im Sinne meiner obigen Ausführungen anerkannt**), daß es ohne Annahme hier nicht geht. Es wäre zu begrüßen, wenn es bis zum Nachweis des Gegenteils (Vorhandensein der Mittel, sichere Unterkunft und Arbeitsgelegenheit in Deutschland) den Aufenthalt der hier in Frage Kommenden in Polen als nicht freiwillig anzusehen sich entschlösse. Daß aus der Weiterzahlung der Renten nach dem Auslande sich für die Berufsgenossenschaften Weiterungen ergeben, darf die Entscheidung nicht beeinflussen. Ihnen wird durch Maßnahmen aus § 617 RVO. oder in ähnlicher Weise abzuhelfen sein.

Anmerkung: Zu vgl. auch Arb.-Vers. 1920 S. 709, 1921 S. 70, 326.

Die Erhöhung der Teuerungszulagen in der Unfallversicherung.

Vom Direktor des Städt. Versicherungsamts München Dr. H. Jaeger in München-Solln.

In seinen Artikeln XII, XIII und XVII beschäftigt sich das Gesetz vom 11. April 1921 über Änderungen in der Unfallversicherung (RGBl. S. 468) auch mit den Zulagen zu den Renten aus der Unfallversicherung. Es behält die zuletzt durch Verordnung vom 5. Mai 1920 (RGBl. S. 878) getroffene Regelung bei, die den Anspruch auf Zulage erst bei einer Erwerbsbeschränkung von 50 v. H. beginnen läßt und die Zulagenhöhe von dem Gesichtspunkte aus staffelt, daß die Zulage um so höher ist, je weiter der Unfall zurückliegt, und daß unter den Arten der Unfallverletzten die nach Individuallohn entschädigten gewerblichen und ihnen gleichstehenden Arbeiter einen geringeren Zuschlag erhalten als die land- und forstwirtschaftlichen Taglohnarbeiter, deren Entschädigung sich nach dem durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienst bemißt, und die Seeleute, deren Ent-

*) Und empfiehlt sich m. E. auch aus anderen Gründen nicht: der Vorwurf formalistischen Verfahrens, der Rechtsverkürzung, findet sich schon in mancher Berufungsschrift der augenscheinlich entsprechend beratenen Beteiligten. Könnten wir ihm bei Aufrechterhaltung jener Auslegung mit voller Ruhe entgegensehen?

**) Es „nimmt an", daß der Pole der Entscheidung S. 214 Bd. X der „Entscheidungen" den vielleicht aussichtslosen vergeblichen Antrag auf Gewährung eines Passierscheins und einer Fahrkarte ernst gemeint — und nicht etwa nur der Form halber gestellt — habe, und verlangt nicht, daß er fechtend nach Deutschland sich durchzuschlagen habe versuchen müssen, wie es vorher schon bei der deutschen (in der Entscheidung A. N. v. 1913 S. 735) Unfreiwilligkeit des Aufenthalts im ausländischen Kurort angenommen hat, obschon die heutige ärztliche Wissenschaft deutsche Kurorte auch für Lungenleiden empfiehlt.

Digitized by Google

schädigung die durchschnittliche Monatsheuer zugrunde liegt.

Bei den Beratungen im Reichstag wurde lebhaft und eingehend über eine andere Art der Regelung verhandelt. Die Gesichtspunkte, von denen die Erörterung ausging, waren drei: die Ausdehnung des Rechts auf Zulage auf alle Unfallverletzten und ihre Hinterbliebenen; dann die Zubilligung einer Mindestsumme für jede Verletzten- oder Hinterbliebenenrente unter Einschluß der Zulagen, beginnend mit 1000 M. bei einer Beschränkung der Erwerbsfähigkeit um 15 v. H. und steigend bis 10 000 M. bei der Hilflosenrente; ferner eine ganz gewaltige Steigerung der Zulagen als solcher, und zwar um das Zwölffache der Rente bei den ältesten Unfällen, sodann fallend bis auf das Dreifache der Rente bei den Unfällen aus dem Jahre 1919. Der Reichstagsausschuß hatte der Ausdehnung der Zulagen auf alle Unfallrentner und ihre Hinterbliebenen zugestimmt, die durch die Verordnung vom 5. Mai 1920 eingeführten Zulagen entsprechend dem Regierungsentwurf aber nur verdoppelt. Der Reichstag hat dann in namentlicher Abstimmung mit 141 gegen 135 Stimmen die Ausdehnung der Zulagengewährung auf alle Unfallrentner wieder gestrichen, so daß es lediglich bei der Verdoppelung der bereits bestehenden Renten verbleibt. Das Recht auf Zulage gestaltet sich nun folgendermaßen:

Die Zulage steht allen Unfallverletzten zu, wenn sie eine Rente von 50 v. H. oder mehr der Vollrente aus Anlaß von Unfällen beziehen, die sich vor dem 1. Januar 1920 ereignet haben, und wenn sie nicht Ausländer sind, die sich im Ausland aufhalten. Den gleichen Anspruch haben diejenigen Verletzten, die auf Grund der reichsgesetzlichen Unfallversicherung für Unfälle, die sich vor dem 1. Januar 1920 ereignet haben, mehrere Renten von weniger als 50 v. H. der Vollrente beziehen, wenn die Vomhundertsätze ihrer Renten zusammen mindestens 50 v. H. ergeben (§ 1 VO. v. 5. 5. 20; Art. XII d. Ges. v. 11. 4. 21).

Die Zulage zur Verletztenrente beträgt (§ 2 VO. v. 5. 5. 20; Art. XIII d. Ges. v. 11. 4. 21):

1. falls die Rente nach dem durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienst eines landwirtschaftlichen Arbeiters oder nach der durchschnittlichen Monatsheuer der Besatzung von Seefahrzeugen berechnet worden ist,

a) bei Unfällen aus den Jahren 1885 bis einschließlich 1900:
im Jahre 1920 . . . . . 110 v. H.,
im Jahre 1921 . . . . . 220 v. H.;

b) bei Unfällen aus den Jahren 1901 bis einschließlich 1915:
im Jahre 1920 . . . . . 90 v. H.,
im Jahre 1921 . . . . . 180 v. H.;

c) bei Unfällen aus den Jahren 1916 bis einschließlich 1919:
im Jahre 1920 . . . . . 60 v. H.,
im Jahre 1921 . . . . . 120 v. H.
des Monatsbetrags der laufenden Rente;

2. bei allen übrigen Renten:

a) bei Unfällen aus den Jahren 1885 bis einschließlich 1900:
im Jahre 1920 . . . . . 90 v. H.,
im Jahre 1921 . . . . . 180 v. H.;

b) bei Unfällen aus den Jahren 1901 bis einschließlich 1915:
im Jahre 1920 . . . . . 70 v. H.,
im Jahre 1921 . . . . . 140 v. H.;

c) bei Unfällen aus den Jahren 1916 bis einschließlich 1919:
im Jahre 1920 . . . . . 40 v. H.,
im Jahre 1921 . . . . . 80 v. H.
des Monatsbetrags der laufenden Rente.

Wie den Unfallverletzten selbst, so wird auch ihren Hinterbliebenen, d. i. den Witwen, Witwern, Kindern, Verwandten der aufsteigenden Linie und elternlosen Enkeln, wenn sie aus Anlaß von Unfällen, die sich vor dem 1. Januar 1920 ereignet haben, eine Hinterbliebenenrente beziehen, und wenn sie nicht Ausländer sind, die sich im Ausland aufhalten, eine Zulage zu ihrer Rente gewährt. Die Zulage beträgt in diesem Falle:

1. falls die Rente nach dem durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienst eines landwirtschaftlichen Arbeiters oder nach der durchschnittlichen Monatsheuer der Be-

Digitized by Google

satzung von Seefahrzeugen berechnet worden ist,

a) bei Unfällen aus den Jahren 1885 bis einschließlich 1900:
im Jahre 1920 . . . . . 80 v. H.,
im Jahre 1921 . . . . . 160 v. H.;

b) bei Unfällen aus den Jahren 1901 bis einschließlich 1915:
im Jahre 1920 . . . . . 60 v. H.,
im Jahre 1921 . . . . . 120 v. H.;

c) bei Unfällen aus den Jahren 1916 bis einschließlich 1919:
im Jahre 1920 . . . . . 40 v. H.,
im Jahre 1921 . . . . . 80 v. H.
des Monatsbetrags der laufenden Rente;

2. bei allen übrigen Renten:

a) bei Unfällen aus den Jahren 1885 bis einschließlich 1900:
im Jahre 1920 . . . . . 60 v. H.,
im Jahre 1921 . . . . . 120 v. H.;

b) bei Unfällen aus den Jahren 1901 bis einschließlich 1915:
im Jahre 1920 . . . . . 40 v. H.,
im Jahre 1921 . . . . . 80 v. H.;

c) bei Unfällen aus den Jahren 1916 bis einschließlich 1919:
im Jahre 1920 . . . . . 20 v. H.,
im Jahre 1921 . . . . . 40 v. H.
des Monatsbetrags der laufenden Rente*).

Die Zulagen werden monatlich im voraus zu der Rente gezahlt. Zahlungspflichtig ist derjenige Versicherungsträger, welcher die Rente gewährt. Handelt es sich um mehrere Versicherungsträger, so gewährt jeder von ihnen die Zulage zu der von ihm gewährten Rente. Dabei ist für den Fall, daß ein Verletzter von einem Versicherungsträger eine Rente von 50 v. H. und von einem anderen Versicherungsträger eine Rente von weniger als 50 v. H. bezieht, gleichfalls jeder der beiden Versicherungsträger zu Gewährung der Zulage zu der von ihm gezahlten Rente verpflichtet (RekEntsch. 3061 v. 1. 12. 20, Amtl. Nachr. 1921 S. 258). Die Höhe der Zulage bemißt sich nach dem Monatsbetrage der laufenden Rente unter Aufrundung auf volle fünf Pfennige für den Monat (§ 10 BO. v. 5. 5. 20). Vollrentner erhalten daher die Zulage nach dem Betrage der Vollrente; Empfängern der Hilflosenrente aber ist sie nach dem Betrage des erhöhten Jahresarbeitsverdienstes, also nach der tatsächlich gezahlten laufenden Rente zu gewähren (RekEntsch. 2060 v. 23. 12. 20, Amtl. Nachr. 1921 S. 258). Die Zulage wird nur für volle Kalendermonate gezahlt. Sie fällt weg, wenn die Rente ruht (s. § 615 RVO.), oder wenn die Voraussetzungen für ihre Gewährung nicht mehr gegeben sind, also z. B. bei Tod des Berechtigten, Kürzung der Rente auf weniger als 50 v. H. der Vollrente, Vollendung des 15. Lebensjahres bei Waisen, Wiederverheiratung der Witwe. Die Zulage wird jedoch für den Monat, der ihren Wegfall bringt, noch gezahlt. Tritt dann für einen Monat zur Zulage für den Verletzten noch die Zulage für die Hinterbliebenen, so haben letztere den höheren Betrag zu beanspruchen. Ebenso ist den Angehörigen eines Zulageberechtigten, wenn seine Rente wegen Verbüßung einer Freiheitsstrafe oder Unterbringung in einem Arbeitshaus oder einer Besserungsanstalt ruht, die Zulage zu überweisen, wenn sie beim Tode des Berechtigten Anspruch auf Hinterbliebenenrente haben würden. Hat der Berechtigte bei seinem Tode die Zulage noch nicht erhalten, so sind nacheinander der Ehegatte, die Kinder, der Vater, die Mutter bezugsberechtigt, wenn sie mit dem Berechtigten zur Zeit seines Todes in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben. Diese Angehörigen sind auch, falls der Zulagenberechtigte nach Erhebung seines Anspruchs stirbt, zur Fortsetzung des Verfahrens berechtigt (§ 10 BO. v. 5. 5. 20; § 9 AusfBest. v. 25. 5. 20, Amtl. Nachr. S. 305). Die Auszahlung der Zulage erfolgt monatlich oder vierteljährlich, je nachdem die Renten monatlich oder vierteljährlich zu zahlen sind (§ 6

*) Die aus dieser Regelung sich ergebenden großen Ungleichheiten zwischen den Bezügen der Vorkriegsrentner und der Neurentner werden veranschaulicht durch die Bemerkungen und die Tabellen von Mühlenfeld, hier, Heft 19, S. 369 ff.

Digitized by Google

AusfBest. v. 21. 4. 21, Amtl. Nachr. 1921 S. 256).

Über die Gewährung der Zulage hat der Versicherungsträger von Amts wegen schriftlich zu entscheiden. Entscheidungen über die Versagung und den Wegfall der Zulage sind zu begründen (§ 8 VO. v. 5. 5. 20). Das gleiche gilt beim Ruhen der Rente (§ 5 AusfBest. v. 25. 5. 20). Die eine Zulage zubilligenden Entscheidungen müssen Beginn, Höhe und Berechnung der Zulage ersehen lassen (§ 1 AusfBest. v. 25. 5. 20). Bezieht der Berechtigte von mehreren Versicherungsträgern Rente, so hat jeder von ihnen die von ihm zu gewährende Zulage in gleicher Weise festzusetzen. Hat ein Versicherungsträger aus seinen Akten oder sonstwie Kenntnis davon, daß ein Verletzter auch von anderen Versicherungsträgern Renten bezieht, deren Vomhundertsätze allein oder zusammen mit der von ihm gewährten Rente mindestens 50 v. H. ergeben, so hat er mit diesen Versicherungsträgern zur Festsetzung der Rentenzulage ins Benehmen zu treten. In gleicher Weise hat der Versicherungsträger, der eine Rente ändert, zu der er eine Zulage gewährt, bei Beteiligung mehrerer Versicherungsträger an der Zulage diesen von der Änderung Kenntnis zu geben (§ 4 AusfBest. v. 25. 5. 20).

Hat der Versicherungsträger im Verfahren wegen eines Antrags auf Gewährung der Zulage Ermittlungen zu pflegen, so gelten zunächst die Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung über die Rechtshilfe (§§ 115 Abs. 1, 116, 117 RVO.), sodann aber auch die Vorschriften der §§ 1571 bis 1579 RVO. über die Aufklärung des Sachverhalts bei Feststellung der Entschädigung entsprechend (§ 2 AusfBest. v. 25. 5. 20).

Die Entscheidung über die Zulage fällt, wenn eine Genossenschaft Versicherungsträger ist, der Vorsitzende des Genossenschaftsvorstandes oder der Vorsitzende des Sektionsvorstandes, je nachdem die Hauptentschädigungsakten bei dem einen oder dem anderen Vorstande geführt werden (§ 6 AusfBest. v. 25. 5. 20).

Die Entscheidung, die dem Berechtigten zuzustellen ist, wobei für die Zustellung die §§ 135, 136 RVO. gelten (§ 8 AusfBest. v. 25. 5. 20), ist binnen einem Monat nach ihrer Zustellung im Wege des Einspruchs zum Oberversicherungsamt anfechtbar (§ 8 Abs. 2 VO. v. 5. 5. 20). Hierauf muß in der Entscheidung hingewiesen und gleichzeitig das für den Einspruch zuständige Oberversicherungsamt bezeichnet werden (§ 7 AusfBest. v. 25. 5. 20). Zuständig für die Behandlung des Einspruchs ist dasjenige Oberversicherungsamt, das zu entscheiden hätte, wenn es sich um eine Berufung gegen einen Endbescheid des Versicherungsträgers handeln würde (§ 8 Abs. 2 Satz 2 VO. v. 5. 5. 20), d. i. also das Oberversicherungsamt, in dessen Bezirk der Versicherte zur Zeit der Erhebung des Einspruchs wohnt oder beschäftigt ist (§ 1677 RVO.).

Für die Einlegung des Einspruchs gelten die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über die Fristen (§§ 124 Abs. 1, 125, 127, 128 Abs. 2, 129 bis 134 RVO.) entsprechend (§ 10 AusfBest. v. 25. 5. 20). Das Verfahren über den Einspruch richtet sich nach den Vorschriften über das Spruchverfahren vor dem Versicherungsamt, soweit nicht die §§ 1684 bis 1686, 1690 bis 1693 RVO. etwas anderes vorschreiben (§ 11 AusfBest. v. 25. 5. 20).

Das Oberversicherungsamt entscheidet endgültig, jedoch ist in Fragen von grundsätzlicher Bedeutung die Abgabe an das Reichsversicherungsamt zulässig (§ 8 Abs. 3 VO. v. 5. 5. 20). Ist allerdings gleichzeitig mit dem Einspruch gegen die Entscheidung des Versicherungsträgers über den Wegfall oder die Änderung der Zulage beim Oberversicherungsamt auch Berufung gegen den Endbescheid, durch den die Rente selbst geändert ist, eingelegt, so hat das Oberversicherungsamt das Verfahren über den Einspruch bis zur rechtskräftigen Entscheidung über den Rentenanspruch auszusetzen (§ 12 AusfBest. v. 25. 5. 20). Das Oberversicherungsamt hat demnach über den Einspruch nur in den Fällen sofort zu entscheiden, in denen der

Digitized by Google

Hauptbescheid überhaupt nicht angefochten ist oder in denen es sich um die Anfechtung eines Bescheides über die erstmalige Rentenfestsetzung handelt.

Ist die Gewährung der Zulage endgültig abgelehnt worden, so ist sie dennoch zu gewähren, wenn und soweit Umstände eintreten, die ihre Gewährung rechtfertigen (§ 9 VO. v. 5. 5. 20).

Die Zulage ist an den Berechtigten auszuzahlen. Als solcher gilt nur der Unfallverletzte oder seine Hinterbliebenen. Nichtberechtigte im Sinne des Gesetzes sind alle nach den §§ 120, 1501 Abs. 2, 1511, 1522, 1528, 1529, 1531, 1541, 1544 RVO. Ersatzberechtigten (§ 7 VO. v. 5. 5. 20); nur die nach § 1542 RVO. ersatzberechtigten Versicherungsträger können bei Geltendmachung ihrer Ansprüche auch die Zulage mit in Rechnung stellen (Art. XII Nr. IV d. Ges. v. 11. 4. 21). Die Zulagen kommen, da sie ihrem Zwecke nach der Behebung der durch die Teuerung verursachten wirtschaftlichen Notlage der Berechtigten dienen sollen, auch nicht in Anrechnung bei der Beurteilung, ob eine Rente der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung gemäß § 1311 RVO. zu ruhen hat; sie können ferner nicht im Rahmen des § 119 RVO. gepfändet, verpfändet und übertragen werden (§ 7 VO. v. 5. 5. 20).

Die Zulage wird auf Anweisung des Versicherungsträgers vorschußweise durch die für die Rentenzahlung zuständige Postanstalt gegen Quittung ausgezahlt (§ 11 VO. v. 5. 5. 20). An Empfänger in Landbestellbezirken werden die Zulagen ohne Bestellgebühr durch den Briefträger ausgezahlt, wenn der Empfänger seine Rente auf diesem Wege ausgezahlt erhält; er ist hierauf bei Zustellung der Entscheidung über die Gewährung der Zulage besonders hinzuweisen (§ 15 AusfBest. v. 25. 5. 20). Die Zahlungsanweisung an die Post erfolgt getrennt von derjenigen der Rente durch den Vorsitzenden des Organs, das für die Zuweisung der Rente zuständig ist (§ 13 AusfBest. v. 25. 5. 20).

Besonderer Bestimmungen bedurfte es beim Übergang von der einfachen Zulagengewährung der Verordnung vom 5. Mai 1920 zu derjenigen der Verdoppelung der Zulagen durch das Gesetz vom 11. April 1921, weil dies Gesetz vom 11. April 1921 mit Rückwirkung auf den 1. Januar 1921 erst am 15. April 1921 veröffentlicht wurde, und weil es (vgl. Art. XII, XVII) auch den Januar 1920 noch in die Zulagengewährung für Verletztenrenten nach der Verordnung vom 5. Mai 1920 einbezog.

Hinsichtlich der Rückwirkung der Verdoppelung der Zulagen auf den 1. Januar 1921 ist zu unterscheiden zwischen noch laufenden und bereits eingestellten Zulagen. Soweit Zulagen noch laufen, zahlt die Post die Zulage ohne weitere Anweisung des Versicherungsträgers in doppelter Höhe aus (§ 1 AusfBest. v. 21. 4. 21); dies gilt m. E. auch für die vom 1. Januar bis 30. April 1921 noch stattfindende Nachzahlung der Verdoppelung. Kommen Zulagen in Betracht, deren Zahlung die Post bereits vorher auf Grund einer Entziehungsanweisung des Versicherungsträgers eingestellt hat, so veranlassen die Versicherungsträger die Nachzahlung wegen der Verdoppelung durch besondere Anweisungen an die Post (§ 2 Abs. 1 AusfBest. v. 21. 4. 21). Die nachträgliche Zahlung hat auch dann Platz zu greifen, wenn die Voraussetzungen für die Gewährung der Zulage im Augenblick des Erlasses des Gesetzes nicht mehr erfüllt waren (vgl. Entsch. 3068 vom 23. März 1921, Amtl. Nachr. 1921 S. 286). Ist neben einer laufenden Zulage ein einmalig sofort zu zahlender Betrag angewiesen worden und ergeben sich bei der Post Zweifel, welcher Teil dieses Betrages auf das Jahr 1921 fällt, so zahlt die Post zunächst nur den zweifellos feststehenden Betrag aus und fragt wegen des übrigen Betrags bei dem Versicherungsträger nach (§ 3 AusfBest. v. 21. 4. 21). Von der Verdoppelung der Zulagen hat die Post die Berechtigten durch Aushang am Zahlschalter zu verständigen (§ 8 AusfBest. v. 21. 4. 21).

Die Zulagen, die für Unfälle gewährt werden, die sich im Januar 1920 ereignet

Digitized by Google

haben, werden, sofern sie laufende Renten betreffen, von der Post so lange in doppelter Höhe ausbezahlt, bis ihre Einstellung von den Versicherungsträgern angewiesen ist (§ 5 AusfBest. v. 21. 4. 21). Die Entziehung hat unter gleichzeitiger Anweisung der auf Grund des Gesetzes vom 11. April 1921 rückwirkend auf den 1. Januar 1920 erhöhten Rente zu erfolgen, wobei gemäß Art. XVII Abs. 2 dieses Gesetzes die bereits ausgezahlten Zulagen auf die neuen Rentenbeträge angerechnet werden; ergibt sich jedoch, daß die nach den bisherigen Vorschriften gewährten Leistungen die nach dem Gesetz vom 11. April 1921 zu zahlenden Rentenbeträge übersteigen, so bleibt es bei den bisherigen Leistungen.

Im übrigen wird das Verfahren zwischen den Versicherungsträgern und der Post in den §§ 14, 16 bis 20 AusfBest. v. 20. 5. 20 und in den §§ 4, 7, 10 AusfBest. v. 21. 4. 21 geregelt.

Die Versicherungsträger haben die von der Post vorschußweise verausgabten Beträge gemäß den §§ 777, 778, 780 bis 782 RVO. wieder zurückzuzahlen (§ 13 VO. v. 5. 5. 20). Sie sind hierbei berechtigt, 5 prozentige Schuldverschreibungen, Schuldbuchforderungen und Schatzanweisungen der Kriegsanleihen des Deutschen Reichs zum Anschaffungspreis oder, wo dieser nicht feststeht, zum Kurse von 97 v. H. an Zahlungs Statt abzuführen (vgl. auch § 21 AusfBest. v. 25. 5. 20 und § 9 AusfBest. v. 21. 4. 21).

Im Verhältnis zu ihren Mitgliedern bringen die Genossenschaften die Mittel für die Gewährung der Zulagen in gleicher Weise wie die Mittel für ihre übrigen Leistungen, d. i. also im Umlageverfahren, auf (§ 15 VO. v. 5. 5. 20).

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Gesetz, betreffend Wochenhilfe und Wochenfürsorge.

Vom 29. Juli 1921 (RGBl. S. 1189).

Der Reichstag hat das folgende Gesetz beschlossen, das mit Zustimmung des Reichsrats hiermit verkündet wird:

Artikel I.

Die §§ 195a, 195b, 197, 205a der Reichsversicherungsordnung in der Fassung des Gesetzes vom 26. September 1919 / 30. April 1920 (Reichs-Gesetzbl. 1920 S. 1069) werden wie folgt geändert:

1. Der § 195a erhält nachstehende Fassung:

„Weibliche Versicherte, die im letzten Jahre vor der Niederkunft mindestens sechs Monate hindurch auf Grund der Reichsversicherung oder bei einer knappschaftlichen Krankenkasse gegen Krankheit versichert gewesen sind, erhalten als Wochenhilfe

1. ärztliche Behandlung, falls solche bei der Entbindung oder bei Schwangerschaftsbeschwerden erforderlich wird, nach Maßgabe der Bestimmungen des Artikels V;
2. einen einmaligen Beitrag zu den Kosten der Entbindung in Höhe von einhundert Mark;
3. ein Wochengeld in Höhe des Krankengeldes, jedoch mindestens vierundeinehalbe Mark täglich, für zehn Wochen, von denen mindestens sechs in die Zeit nach der Niederkunft fallen müssen. Das Wochengeld für die ersten vier Wochen ist spätestens mit dem Tage der Entbindung fällig;
4. solange sie ihre Neugeborenen stillen, ein Stillgeld in Höhe des halben Krankengeldes, jedoch mindestens einundeinehalbe Mark täglich, bis zum Ablauf der zwölften Woche nach der Niederkunft.

Neben dem Wochengelde für die Zeit nach der Entbindung wird Krankengeld nicht gewährt; die Wochen nach der Niederkunft müssen zusammenhängen.

Wechselt die Wöchnerin während der Leistung der Wochenhilfe die Kassenzugehörigkeit, so bleibt die erstverpflichtete Kasse für die weitere Durchführung der Leistung zuständig. § 212 gilt hierbei nicht.

Stirbt eine Wöchnerin bei der Entbindung oder während der Zeit der Unterstützungsberechtigung, so werden die noch verbleibenden Beträge an Wochen- und Stillgeld bis zum satzungsmäßigen Ende der Bezugszeit an denjenigen gezahlt, der für den Unterhalt des Kindes sorgt."

2. Im § 195 b fällt Abs. 3 weg.

3. Im § 197 wird das Wort „fünfzig" durch das Wort „einhundert" ersetzt.

Digitized by Google

4. Im § 205a erhält Abs. 2 Satz 1 folgende Fassung:

„Als Wochenhilfe werden die im § 195a bezeichneten Leistungen gewährt; dabei beträgt das Wochengeld drei Mark und das Stillgeld einundeinehalbe Mark täglich."

5. Im § 205a wird zwischen Abs. 2 und 3 folgender Absatz eingeschaltet:

„Die Familienwochenhilfe ist auch zu gewähren, wenn die Niederkunft innerhalb neun Monaten nach dem Tode des Versicherten erfolgt."

6. Im § 205a erhalten die Sätze 1 und 2 des Abs. 6 folgende Fassung:

„Sind mehrere Krankenkassen oder knappschaftliche Krankenkassen oder ist eine dieser Kassen mehrfach beteiligt, so ist die Wochenhilfe nur einmal zu gewähren. Unter mehreren Kassen steht der Wöchnerin die Wahl frei."

7. An Stelle des durch die Bekanntmachung vom 22. Mai 1920 (Reichs-Gesetzbl. S. 1069) weggefallenen § 14 tritt folgender neuer

§ 14

Was nach den vorstehenden Vorschriften über die Wochenhilfe für die Ersatzkassen wegen ihrer versicherungspflichtigen Mitglieder gilt, gilt für diese Kassen auch wegen derjenigen Mitglieder, welche beim Ausscheiden aus der Versicherungspflicht zur Weiterversicherung bei einer Krankenkasse oder knappschaftlichen Krankenkasse (§§ 313, 314, 500 der Reichsversicherungsordnung) berechtigt gewesen sein würden und seitdem der Ersatzkasse ununterbrochen angehört haben.

Artikel II.

Im § 218 der Reichsversicherungsordnung sind die Worte „sowie in den Fällen des § 205 Nr. 1, 2" zu ersetzen durch die Worte „sowie in den Fällen der §§ 205a, 205b Nr. 1".

Artikel III.

Das Gesetz über Wochenhilfe und Wochenfürsorge in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Mai 1920 (Reichs-Gesetzbl. S. 1069) wird ferner wie folgt geändert:

1. Der § 12 fällt weg.

2. § 17 Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 erhalten folgende Fassung:

„Eine minderbemittelte Deutsche, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inland hat und für die nach den vorstehenden Vorschriften kein Anspruch auf Wochenhilfe besteht, erhält aus Mitteln des Reichs eine Wochenfürsorge.

Sofern nicht Tatsachen die Annahme rechtfertigen, daß eine Beihilfe nicht benötigt wird, gilt eine Wöchnerin als minderbemittelt, wenn ihr und ihres Ehemannes Gesamteinkommen oder, sofern sie alleinsteht, ihr eigenes Einkommen in dem Jahre oder Steuerjahre vor der Entbindung den Betrag von zehntausend Mark nicht überstiegen hat."

3. § 18 erhält folgende Fassung:

„Der Antrag auf Wochenfürsorge ist bei dem Versicherungsamte zu stellen. Dieses nimmt die nach § 17 erforderlichen Feststellungen vor. Die Auszahlung geschieht auf Anweisung des Versicherungsamts durch die allgemeine Ortskrankenkasse, in deren Bezirk der gewöhnliche Aufenthaltsort der Wöchnerin liegt, und, wo eine solche Kasse nicht besteht, durch die Landkrankenkasse."

4. § 19 Satz 2 erhält folgende Fassung:

„Dabei beträgt das Wochengeld drei Mark und das Stillgeld einundeinehalbe Mark täglich."

5. § 23 Abs. 1 erhält folgende Fassung:

„Gegen die Entscheidung des Versicherungsamts im Falle des § 18 ist binnen einem Monat die Beschwerde an das Oberversicherungsamt (Beschlußkammer) zulässig; es entscheidet endgültig."

Artikel IV.

Für Entbindungsfälle, welche nach dem 30. September 1921 eintreten, kann ein Anspruch auf Wochenhilfe auf Grund der besonderen Vorschriften der Bekanntmachung vom 3. Dezember 1914 (Reichs-Gesetzbl. S. 492), der §§ 4, 5 der Bekanntmachung vom 28. Januar 1915 (Reichs-Gesetzbl. S. 49), der Bekanntmachung vom 23. April 1915 (Reichs-Gesetzbl. S. 257), der Nr. III der Verordnung vom 1. März 1917 (Reichs-Gesetzbl. S. 200), des § 4 der Bekanntmachung vom 22. November 1917 (Reichs-Gesetzbl. S. 1085), der Verordnung vom 21. Dezember 1918 (Reichs-Gesetzbl. S. 1467) und der §§ 8, 9 des Gesetzes über Wochenhilfe und Wochenfürsorge vom $\frac{\text{26. September 1919}}{\text{30. April 1920}}$ in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Mai 1920 (Reichs-Gesetzbl. S. 1069) nicht mehr geltend gemacht werden.

Ist ein Anspruch auf Wochenhilfe auf Grund der genannten Vorschriften am 30. September 1921 bereits geltend gemacht worden, so ist über ihn im Verfahren nach jenen Vorschriften zu entscheiden. Wird bei Entbindungsfällen, die bis zum 30. September 1921 eingetreten sind, der Anspruch auf Grund der genannten Vorschriften erst nach diesem Tage geltend gemacht, so sind dafür die Vorschriften über das Verfahren bei der Wochenfürsorge (§§ 17 ff. des Gesetzes vom $\frac{\text{26. September 1919}}{\text{30. April 1920}}$) maßgebend.

Artikel V.

Sobald die zur Durchführung der Vorschrift des § 195a Abs. 1 Nr. 1 der Reichsversicherungsordnung in der Fassung des Artikels I erforderliche Verständigung zwischen Ärzten und Krankenkassen erreicht ist, bestimmt der Reichsarbeitsminister den Zeitpunkt, mit welchem die genannte Vorschrift in Kraft tritt. Bis dahin erhalten die zum Bezuge der Wochenhilfe oder Wochenfürsorge berechtigten Personen außerdem eine Beihilfe bis zum Betrage von fünfzig Mark für Hebammendienste und ärztliche

Digitized by Google

Behandlung, falls solche bei Schwangerschaftsbeschwerden erforderlich werden.

Im übrigen tritt das Gesetz mit dem Tage der Verkündung in Kraft*).

Wahlrecht und Wählbarkeit der gegen Krankheit versicherten Erwerbslosen.

Erlaß des bayer. Ministeriums für soziale Fürsorge vom 2. August 1921.

Während das aktive und passive Wahlrecht der auf Grund des § 12a der Reichserwerbslosenverordnung versicherten Erwerbslosen bei den Krankenkassenwahlen (§ 333 RVO.) unbestritten ist, haben sich Zweifel darüber erhoben, ob auch den nach den §§ 12b und 12c der gleichen Verordnungen versicherten Erwerbslosen das aktive und passive Wahlrecht zustehe.

Das Reichsarbeitsministerium hat sich nunmehr — unter dem Vorbehalt instanzlicher Entscheidung — zu dieser Frage wie folgt geäußert:

„Die §§ 12b und 12c der Reichsverordnung über Erwerbslosenfürsorge vom 26. Januar 1920 (RGBl. S. 98) begnügen sich nicht damit, die in ihnen aufgeführten Gruppen Erwerbsloser den Krankenkassen zur Durchführung gewisser Fürsorgemaßnahmen zu überweisen, vielmehr gehen die Vereinbarungen der Gemeinden mit den Krankenkassen dahin, daß bei der Kasse alle von der Gemeinde zu unterstützenden Erwerbslosen „versichert" werden. Es handelt sich also in der Tat um eine wirkliche Versicherung, die in ihren Wirkungen einer Versicherung nach den Regeln der Reichsversicherungsordnung insoweit gleichsteht, als die Verordnung nicht ausdrücklich etwas Gegenteiliges bestimmt. Letzteres ist der Fall hinsichtlich des Rechts auf Weiterversicherung nach § 313 der Reichsversicherungsordnung. Dagegen enthält die Verordnung nichts über einen Ausschluß des aktiven oder passiven Wahlrechts. Ich habe mich dementsprechend bereits unter dem 24. Mai d. J. gegenüber dem Württembergischen Arbeitsministerium auf Anfrage dahin ausgesprochen, daß ich sämtliche versicherte Erwerbslose für wählbar und wahlberechtigt halte."

Der Anschauung des Reichsarbeitsministeriums tritt eich, gleichfalls vorbehaltlich instanzieller Entscheidung, bei.

Anmerkung: Abweichend hiervon gelangt Jaeger in einer Abhandlung in der MonSchr. f. Arb. u. AngestVers. 1921 Sp. 461 ff. zu dem Ergebnisse, daß nicht wahlberechtigt seien: die nach § 12b der Vrdg. bei einer Vertragskasse Versicherten und ferner die wegen Unerreichbarkeit der zuständigen Krankenkasse gemäß § 12c der Vrdg. bei einer Krankenkasse des Gemeindebezirks aushilfsweise Versicherten. Wir können diese Ansicht nicht teilen, halten vielmehr die Auffassung des Reichsarbeitsministers und bayer. Ministeriums für richtig, weil auch in den von Jaeger ausgenommenen Fällen die Fürsorge für die kranken Erwerbslosen durch die Vorschriften in § 12b Abs. 2 bis 5 und im Satz 2 des § 12c als eine echte Krankenversicherung im Sinne der RVO. gekennzeichnet wird.

*) Tag der Ausgabe des Reichs-Gesetzblattes in Berlin ist der 6. 8. 21. — Erläuterungen zu diesem Gesetze: Sonderhoff, hier Heft 23 S. 441.

Schadenersatzanspruch der Kasse wegen unterlassener Abmeldung eines Versicherungspflichtigen.

Urteil des Landgerichts Limburg (1. Zivilk.) vom 17. März 1921 (S. 101/20).

Die an sich zulässige Berufung ist form- und fristgerecht eingelegt. Die Klägerin (Krankenkasse) verlangt von dem Beklagten mit der Behauptung, er habe die bei ihm gegen Entgelt als Aufwartefrau beschäftigte, also in einem versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis stehende Frau D. nach ihrem Ausscheiden aus dem Dienstverhältnis Ende Februar 1919 nicht in der nach § 317 RVO. vorgeschriebenen dreitägigen Frist, sondern erst am 6. Mai 1919 abgemeldet, die Erstattung der von ihr für Frau D. für die Zeit vom 28. 3. 1919 bis 31. 5. 1919 gezahlten Krankenhauskosten in Höhe von 310,67 ℳ. Sie behauptet, sie hätte diese Kosten nicht bezahlt, wenn der Beklagte rechtzeitig der Kasse die Beendigung des versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses mitgeteilt hätte. Der Beklagte habe schuldhaft gegen die Schutzgesetze der §§ 317, 530, 531 RVO. verstoßen und sei ihr deshalb nach § 328 Abs. 2 BGB. schadenersatzpflichtig. Sie verlangt ferner von dem Beklagten die Nachzahlung der Beiträge für die Zeit vom 28. 3. 1919 bis zum 6. 5. 1919 in Höhe von 2.70 ℳ unter Hinweis auf § 397 RVO.

Der Vorderrichter hat den Anspruch aus § 823 Abs. 2 BGB. in Verbindung mit §§ 317, 530, 531 RVO. für begründet erachtet, weil er die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung als Schutzgesetze angesehen und deren schuldhafte Verletzung als erwiesen erachtet hat. Auch wenn man mit dem Vorderrichter die materiellen Voraussetzungen des Anspruchs als erwiesen ansieht, so kann doch der rechtlichen Würdigung nicht beigetreten werden. Die §§ 317, 530, 531 RVO. sind keine Schutzgesetze im Sinne des § 823 Abs. 2 BGB., deren schuldhafte Verletzungen zum Schadenersatz verpflichteten. Sie bezwecken nicht den Schutz eines anderen, insbesondere nicht den Schutz der Kasse gegen unberechtigte Inanspruchnahme, sondern sie sind lediglich Ordnungs- und Kontrollvorschriften. Dies ergibt sich aus der Entstehungsgeschichte dieser Bestimmungen. Der § 317 RVO. schließt sich im allgemeinen dem § 349 des Krankenversicherungsgesetzes von 1883/1892 an. In § 50 dieses Gesetzes war bestimmt, daß Arbeitgeber, die ihrer nach § 49

Digitized by Google

KVG. vorgeschriebenen Anmeldepflicht vorsätzlich oder fahrlässig nicht genügten, der Krankenkasse alle Aufwendungen zu ersetzen hätten, die diese aus einem Unterstützungsfall einer nicht angemeldeten Person erwüchsen. Außerdem bestimmt § 81 des KVG., daß die Arbeitgeber, die ihrer An- oder Abmeldepflicht nicht nachkommen, mit Geldstrafe bis zu 20 ℳ bestraft werden sollten. Das KVG. hat also nur hinsichtlich der Verletzung der Abmeldepflicht eine Erstattung ausgesprochen. Für die Verletzung der Abmeldepflicht bestand nur die Geldstrafe von 20 ℳ (§ 81). Die Reichsversicherungsordnung hat nun auch die Erstattungspflicht des § 50 KVG., wie sich aus der Begründung zu § 530 RVO. ergibt, ausdrücklich abgeschafft und dafür die Geldstrafe des § 81 wesentlich erhöht. Sie hat die Geldstrafe bei vorsätzlicher Verletzung der Anmeldepflicht bis zu 300 ℳ, bei fahrlässiger Verletzung derselben bis zu 100 ℳ festgesetzt. Außerdem gibt sie in dem § 531 der Kasse das Recht, gewissermaßen als Ersatz für ihre tatsächlichen oder doch möglich gewesenen Aufwendungen dem Arbeitgeber das 1- bis 5-fache der rückständigen und stets einzuziehenden Beiträge aufzuerlegen. Für die Verletzung der Abmeldepflicht hat sie die Geldstrafe des § 81 beibehalten. Nach § 530 Abs. 2 RVO. kann, wer die Vorschriften über die Meldung Versicherungspflichtiger in anderer Weise verletzt, mit Geldstrafen bis zu 20 ℳ bestraft werden. Außerdem sind nach § 397 RVO., wie früher nach § 52 KVG., die Beiträge bis zur vorschriftsmäßigen Abmeldung weiterzuzahlen. Die Rechtsfolgen der Verletzung der Meldepflicht sind hiernach offenbar erschöpfend geregelt. Eine Erstattungspflicht für Aufwendungen aus einem Unterstützungsfall einer nicht versicherungspflichtigen Person kommt daher nicht in Frage. Diese Regelung ist auch nicht unbillig. Sie entspricht dem Wesen der Versicherung als einer gesetzlichen Fürsorge. Tritt jemand in eine versicherungspflichtige Beschäftigung (§ 165 RVO.) ein, so wird damit die Versicherung selbst kraft Gesetzes wirksam, und die Kassenmitgliedschaft beginnt (§ 306) unabhängig von der Anmeldung und der Zahlung der Beiträge. Mit der Kassenmitgliedschaft entsteht aber nach § 206 RVO. der Anspruch auf die Regelleistungen der Kasse. Unterstützt daher die Krankenkasse eine nicht angemeldete versicherungspflichtige Person, so erfüllt sie hiermit nur eine ihr kraft Gesetzes obliegende Pflicht. Ein Schaden im Sinne des § 823 BGB. ist ihr also nicht entstanden. Bei der Unterstützung einer aus dem versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis ausgeschiedenen, daher nicht mehr unterstützungsberechtigten Person, die nicht abgemeldet ist, ist die Rechtslage eine andere. Hier leistet die Kasse, obwohl sie dazu nicht verpflichtet ist. Aber hieraus entspringt für sie kein Anspruch auf Erstattung dieser ohne Rechtsgrund gewährten Leistungen gegen den meldesäumigen Arbeitgeber. Mit dem Erlöschen des versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses erlischt auch der Anspruch der Kasse auf die Beiträge. In § 397 RVO. ist aber ausdrücklich bestimmt, daß diese bis zur vorschriftsmäßigen Abmeldung fortzuzahlen sind. Hierdurch soll die Kasse davor geschützt werden, daß sie ihrerseits nicht mehr unterstützungsberechtigte Personen unterstützt, ohne daß sie einen gewissen Ersatz erhält. Durch die Beitragszahlung nach § 397 RVO. soll derselbe Zustand geschaffen werden, wie er bestünde, wenn das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis nicht erloschen wäre. Dem Arbeitgeber wird nur wegen Verletzung seiner Anmeldepflicht eine Geldstrafe bis zu 20 ℳ auferlegt.

Diese dem Wesen der Versicherung entsprechende Regelung des Meldewesens läßt unzweideutig erkennen, daß die §§ 317, 530, 531 RVO. keine Schutzgesetze im Sinne des § 823 Abs. 2 BGB. sind, deren Verletzung zum Schadensersatze verpflichtete. Sie sind lediglich Ordnungs- und Kontrollvorschriften. Damit entfällt der Anspruch der Klägerin auf Erstattung der Krankenhauskosten . . .

Anmerkung der Schriftleitung: Im Anschluß an Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 4 zu § 531 RVO. und unter Hinweis auf die zustimmende Bemerkung von Siefart-Sitzler, Anm. 2 Abs. 4 zu § 531, haben wir im Jahrg. 1919 S. 19 Ziff. 6 eine von dem vorstehenden Urteil abweichende Auffassung vertreten und halten sie aufrecht. Das Landgericht meint: die §§ 317, 530, 531 RVO. seien nicht Schutzgesetze im Sinne des § 823 Abs. 2 BGB., sondern lediglich Ordnungs- und Kontrollvorschriften. Das Gericht sieht also Schutzgesetze auf der einen und Ordnungs- und Kontrollvorschriften auf der anderen Seite als Gegensätze an, die einander begrifflich ausschließen. Darin liegt der Irrtum. Die Ordnungs- und Kontrollvorschriften sind nicht allein ihrer selbst willen gegeben, sondern sie bezwecken die Sicherung einer ordentlichen Geschäftsgebahrung der Kasse und zugleich ihren Schutz gegen Schädigung der Kasse. Es entspricht nur den Anforderungen der Billigkeit und dem öffentlichen Interesse an der rechtmäßigen Verwendung des Kassenvermögens, daß der Kasse ein Anspruch auf Schadenersatz gebührt, wenn sie durch fahrlässige oder gar vorsätzliche Unterlassung einer Abmeldung zur Gewährung von Versicherungsleistungen ohne Rechtsgrund veranlaßt worden ist.

Erfüllungsort für die Leistung der Familienhilfe.

Urteil des preuß. Knappschafts-Oberversicherungsamts Bonn vom 2. Juni 1921 (I. K. K. 5).

Die Berufung ist unbegründet. Für die Beurteilung des klägerischen Anspruchs sind in erster Linie die allgemeinen Grundsätze der Reichsversicherungsordnung über den Erfüllungsort maßgebend. Als Erfüllungsort für die Krankenpflege gilt der Kassenbezirk, ein Ort außerhalb nur, wenn er der Wohn- oder Beschäftigungsort des Mitgliedes ist. Auch in der Satzung sind für die Gewährung der Familienhilfe diese Grundsätze über

Digitized by Google

den Erfüllungsort nicht erweitert worden. Da N., wo das Kind M. erkrankte, außerhalb des Kassenbezirkes liegt, auch nicht als Wohnort des Klägers anzusehen ist, so hatte letzterer auch keinen Anspruch auf freie ärztliche Behandlung seines Kindes.

Daß er im vorliegenden Falle einen Kassenarzt nicht zuziehen konnte, daß ferner bei der Verletzung die Gefahr einer Infektion vorlag, mag zugegeben werden, kann jedoch einen Einfluß auf die Rechtsprechung nicht ausüben, solange die Satzungen der Krankenkasse eine Bestimmung über die Inanspruchnahme fremder Ärzte außerhalb des jeweiligen Wohnorts nicht enthalten und die allgemein geltenden Bestimmungen über den Erfüllungsort nicht erweitert sind.

B. Zur Unfallversicherung.

Umfang des Konkursvorrechts der Beiträge zur Unfallversicherung.

Urteil des **Reichsgerichts** (7. Zivils.) vom 1. April 1921 (Entsch. 102 S. 70).

Das Berufungsgericht hat den streitigen Beitragsforderungen der klagenden Berufsgenossenschaft das in Anspruch genommene Vorzugsrecht aus § 61 Nr. 1 KO. versagt, da sie früher als innerhalb des letzten Jahres vor der Konkurseröffnung vom 5. Oktober 1918 entstanden seien.

Die Revision rügt Verletzung des § 28 Abs. 3 RVO. Sie ist zunächst der Meinung, daß danach den Rückständen schlechthin ohne jede zeitliche Beschränkung das Vorzugsrecht zustehe. Diese Ansicht ist nicht begründet. Sie ist außer in den von der Revision angeführten Urteilen eines Amtsgerichts und eines Landgerichts (mitgeteilt in der Zeitschr. f. Rechtspflege in Bayern 1916 S. 44) nur in einem Urteile des Amtsgerichts Stralsund vom 28. März 1916 (Arbeiterversorgung 1916 S. 297) vertreten, das sich dafür auf die allgemein gehaltene Fassung des § 28 Abs. 3 RVO. beruft, wonach Rückstände das Vorzugsrecht des § 61 Nr. 1 KO. haben. Demgegenüber hat schon die Schriftleitung der „Arbeiterversorgung" a. a. O. in einer Anmerkung darauf hingewiesen, daß diese Begründung unrichtig ist, und daß die Bestimmung des § 28 Abs. 3 schon sprachlich bedeutet, daß das Vorrecht den Rückständen genau in der Art zusteht, wie den in § 61 Nr. 1 KO. bezeichneten anderen Forderungen, also nicht nur das Vorrecht in derselben Klasse, sondern auch in gleichem Umfange; dafür, daß die Bestimmung mehr als eine Gleichstellung der Ansprüche der Versicherungsträger mit den Lohnforderungen der sog. Liedlöhner beabsichtigt habe, liege kein Anhalt vor. In dem Sinne einer zeitlichen Beschränkung, in dem auch das Berufungsgericht die Bestimmung des § 28 Abs. 3 aufgefaßt hat, äußern sich auch die Kommentare zur Reichsversicherungsordnung von Laß-Olshausen-Weymann 2. Aufl. S. 30 Anm. 9 zu § 28, von Hanow-Hoffmann 3. Aufl. S. 119 und von Düttmann-Appelius S. 127, ferner Hahn, Handbuch der Krankenversicherung, 8/9. Aufl. S. 52 Anm. 5, Rosin, das Recht der Arbeiterversicherung Bd. 2 S. 606, ferner die Kommentare zur Reichskonkursordnung von Jaeger 5. Aufl. S. 861 Anm. 17c und von Wolff 2. Aufl. S. 296 Anm. d, endlich das Urteil des Oberlandesgerichts zu Königsberg vom 21. März 1916 (Rspr. Bd. 32 S. 384) und die bei Soergel, Rspr. 1917 S. 537 mitgeteilte Entscheidung des Oberlandesgerichts zu Kiel vom 10. Oktober 1916.

Mit Recht weist das Oberlandesgericht Königsberg darauf hin, daß der § 61 KO. in Nr. 1 bis 5 den darin als bevorrechtigt bezeichneten Forderungen überall das Vorzugsrecht nicht unbeschränkt gewährt, sondern es an eine zeitliche Grenze knüpft, die in Nr. 1 und 4 durch die Entstehung, in Nr. 2 und 3 durch die Fälligkeit und in Nr. 5 durch die gerichtliche Geltendmachung bedingt ist. Die Tendenz war im Interesse des Gebiets auf eine möglichste Beschränkung des Konkursvorrechts gerichtet, und es liegt vom sozialen und wirtschaftlichen Gesichtspunkte kein Anlaß vor, die Forderungen der Versicherungsträger in dieser Hinsicht günstiger zu stellen als die Forderungen der Reichskasse usw. wegen öffentlicher Abgaben oder die Forderungen der öffentlichen Verbände wegen der an sie zu entrichtenden Abgaben und Leistungen..... (Es folgt eingehender Nachweis aus der Entstehungsgeschichte des § 28 RVO.). Die Revision wendet sich weiter dagegen, daß das Berufungsgericht das Vorrecht nur auf die Rückstände für das letzte Jahr vor der Konkurseröffnung erstrecken will und dabei die Forderungen der Berufsgenossenschaft als mit der Leistung des Vorschusses durch die Postverwaltung bzw. mit den einzelnen Ausgaben, die die Genossenschaft für Durchführung ihres Betriebs zu leisten hat, entstanden und seitdem als rückständig im Sinne des § 61 Nr. 1 KO. erachtet. Die hiergegen erhobenen Angriffe sind aber unberechtigt. Mit Verleihung des Vorrechts des § 61 Nr. 1 statt des früher ihnen zukommenden Vorrechts aus § 61 Nr. 3 ist das Vorrecht der Berufsgenossenschaften nunmehr auch der zeitlichen Begrenzung des § 61 Nr. 1 unterworfen. Es erstreckt sich nur noch auf die Rückstände für das letzte Jahr vor der Konkurseröffnung, nicht aus dem letzten Jahre, also auf die im letzten Jahre entstandenen Forderungen ohne Rücksicht auf ihren

Digitized by Google

Fälligkeitstermin. Aus dem Worte „Rückstände" ist dabei ebensowenig etwas zu entnehmen wie aus den für die Liedlohnforderungen gebrauchten Worten, daß die für das letzte Jahr rückständigen Forderungen bevorrechtigt sein sollen, wobei es nach der im Schrifttum und Rechtsprechung allgemein herrschenden Ansicht auch nicht darauf ankommt, daß die Lohnforderungen bereits fällig und in diesem Sinne rückständig sind. Entscheidend ist vielmehr im Falle des § 61 Nr. 1 lediglich der Zeitpunkt der Entstehung der Forderungen; im Gegensatz dazu ist für die zeitliche Begrenzung des Vorrechts nach § 61 Nr. 2 und 3 der Zeitpunkt der Fälligkeit der Forderungen maßgebend (vgl. RGZ. Bd. 22 S. 139).

Kommt es aber für die Anwendung des § 61 Nr. 1 lediglich auf den Zeitpunkt der Entstehung der Forderungen an, so fragt es sich, wann die Beitragsforderungen der Berufsgenossenschaften entstehen. Diese Frage ist vom Reichsgericht in der angeführten Entscheidung Bd. 22 S. 139 bereits entschieden, indem dort ausgeführt ist: Die Beitragsforderung einer Berufsgenossenschaft beruht darauf, daß sie den Postanstalten durch deren Vorschüsse ersatzpflichtig wird; im Zeitpunkte der Leistung jedes einzelnen Vorschusses gelangt bezüglich dieses Vorschusses die Ersatzpflicht der Genossenschaft und mit dieser ein verhältnismäßiger Tilgungsanspruch der letzteren gegen jedes einzelne Genossenschaftsmitglied rechtlich zur Entstehung (S. 141). Im weiteren wird dort ausgeführt, daß abweichend von der Entstehung die Fälligkeit zu beurteilen sei; die Fälligkeit trete erst ein, wenn der Beitrag des Mitglieds berechnet und nach vorschriftsmäßiger Zustellung eines Auszugs aus der Heberolle und der Zahlungsaufforderung an das Mitglied eine zweiwöchige Frist verstrichen sei. Im gleichen Sinne ist in RGZ. Bd. 30 S. 6 flg., insbesondere S. 7, ausgeführt, daß, wenn auch die Höhe der Beiträge, die zur Deckung der vor der Konkurseröffnung hervorgetretenen Bedürfnisse der klagenden Berufsgenossenschaft bestimmt seien, erst nachträglich nach Maßgabe der verausgabten Löhne festgestellt würde, doch der Anspruch der Klägerin für die Zeit bis zum Tage der Konkurseröffnung gegenüber dem Mitgliede schon vor der Konkurseröffnung begründet sei. Der jetzt erkennende Senat tritt diesen Ausführungen bei. Die Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung über die Erhebung der Beiträge zu den Berufsgenossenschaften decken sich im wesentlichen mit denen der früheren Unfallversicherungsgesetze und geben keinen Anlaß zu einer abweichenden Beurteilung. Dadurch erledigen sich die Bedenken der Revision, daß die Beitragsforderungen für das ganze Geschäftsjahr einheitlich und erst mit Abschluß des Umlageverfahrens zur Entstehung gelangten, und daß von einer Entstehung der Forderungen nach einzelnen Zeitabschnitten nicht die Rede sein könne. Damit entfällt auch die Annahme, daß die Bestimmung des § 61 Nr. 1 KO. in dem vom Berufungsgericht aufgefaßten Sinne für Beitragsforderungen der Berufsgenossenschaften gar nicht durchführbar sei. Nur die Höhe der bis zum Tage der Konkurseröffnung entstandenen Beitragsforderungen wird sich zunächst nicht genau bestimmen lassen; solchenfalls läßt sich aber der Schätzungswert der Beitragsforderung nach § 69 KO. zum Konkurse anmelden, wenn man es nicht für zulässig halten will, was aber hier nicht geprüft zu werden braucht, die Anmeldung ohne Bezifferung des Anspruchs einfach auf „den im Umlegeverfahren festzusetzenden Betrag" zu beschränken (vgl. Jaeger, KO. Anm. 29 zu § 3 S. 119; Düttmann, RVO. S. 127; Stier-Somlo, RVO. S. 56). Die Revision meint, in der Unterwerfung des Vorrechts der Beitragsforderungen der Berufsgenossenschaften unter die zeitliche Beschränkung des § 61 Nr. 1 würde eine Verschlechterung ihrer Rechtslage liegen, die nicht als Absicht des Gesetzes angesehen werden könne; denn bis zum Inkrafttreten der Reichsversicherungsordnung hätten die Berufsgenossenschaften für ihre rückständigen Beiträge das Vorrecht des § 61 Nr. 3 gehabt, wonach es genügte, wenn die Beiträge innerhalb des letzten Jahres vor der Konkurseröffnung umgelegt und damit fällig geworden seien. Soweit hierin eine nachteilige Veränderung der Rechtslage der Berufsgenossenschaften zu erblicken wäre, müßte sie als eine vom Gesetzgeber nicht beabsichtigte Folge der Gleichstellung mit den anderen Versicherungsträgern mit in den Kauf genommen werden, die anderseits den Berufsgenossenschaften das Vorrecht der ersten statt der dritten Klasse der bevorrechtigten Konkursgläubiger verschafft hat. Eine Benachteiligung wird aber kaum anzunehmen sein. Beschränkt man nämlich das frühere Vorrecht aus § 61 Nr. 3 auf die im letzten Jahre vor der Konkurseröffnung umgelegten und fällig gewordenen Beitragsforderungen, so würde, da das Umlegeverfahren vor dem Mai nicht abgeschlossen zu werden pflegt, bei Eröffnung des Konkurses z. B. am 15. April 1918 das Vorrecht nur die im Mai 1917 umgelegten Beitragsforderungen aus dem Jahre 1916 umfassen, während für das ganze Jahr 1917 und die Zeit vom 1. Januar bis 15. April 1918 das Vorrecht versagt bliebe. Bei Anwendung des § 61 Nr. 1 wäre dagegen das Vorrecht für die Zeit vom 15. April 1917 bis 14. April 1918 begründet und damit für die längste Zeit gesichert; für die Rückstände aus 1916 wäre es aber im übrigen auch ziemlich bedeutungslos, da bei den den Versicherungsträgern nach § 28 Abs. 1 und 2 und § 738 RVO. zustehenden Beitreibungsmöglichkeiten solche Rückstände kaum noch vorhanden sein würden. Die Berufsgenossenschaft stände also jetzt besser als nach dem früheren Rechte.

Digitized by Google

Das Reichsgericht hat bei Anwendung des § 54 Nr. 3 KO. auf die fraglichen Beitragsforderungen u. a. auch ausgeführt (RGZ. Bd. 22 S. 145), es wäre unzweckmäßig gewesen, das Vorzugsrecht von ihrer in verschiedenen Zeitpunkten auseinanderliegenden Entstehung abhängig zu machen, statt von ihrer Fälligkeit, die einheitlich durch die Zustellung des Auszugs der Heberolle bestimmt werde, und es würde darin auch eine Härte liegen, da den Berufsgenossenschaften insoweit keine Säumnis zur Last falle. Diese Zweckmäßigkeitserwägungen können angesichts der abweichenden gesetzlichen Regelung, durch welche das Vorrecht nunmehr der zeitlichen Begrenzung des § 61 Nr. 1 unterworfen ist, für die allein der Zeitpunkt der Entstehung der Beitragsforderungen maßgebend ist, nicht mehr Platz greifen.

Sprechsaal.

Zur Gebührenfreiheit der Rechtshilfe nach §§ 115, 117 RVO.

I.

1. Gemäß § 115 RVO. sind die öffentlichen Behörden verpflichtet, den im Vollzuge der RVO. an sie ergehenden Ersuchen der Versicherungsträger und anderen öffentlichen Behörden sowie der Organe der Versicherungsträger zu entsprechen. Bereits unter der Herrschaft des Unfallversicherungsgesetzes (§ 101) bestand Streit darüber, ob die Gerichte im Offenbarungseidverfahren verpflichtet waren, diese Rechtshilfe gebührenfrei zu gewähren. Auf Grund der Entscheidungen des Kammergerichts v. 14. 7. 1896 und des Reichsgerichts v. 28. 9. 1896 (ArbVers. 1898 S. 293) ist die Gebührenfreiheit anerkannt worden. Der § 101 ist später fast wörtlich im § 144 GewUnfVersGes. aufgegangen. Die RVO. hat dann im Anschluß an die Bestimmungen über die Rechtshilfe (§§ 115, 116) ausdrücklich bestimmt, daß Tagegelder, Reisekosten, Gebühren für Zeugen und Sachverständige und alle anderen baren Auslagen, die aus der Rechtshilfe erwachsen, von den Versicherungsträgern als eigene Verwaltungskosten zu erstatten sind. Daraus folgt, daß Gebühren für die Erledigung des Rechtshilfeersuchens nicht berechnet werden dürfen, also auch nicht für die Abnahme des Offenbarungseides, wenn sie in Erledigung eines Vollstreckungsersuchens eines Versicherungsträgers erfolgt (zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 1 zu § 115 RVO.).

Das gleiche gilt jedoch nicht hinsichtlich der Pauschsätze für Auslagen. Die Pauschsätze sind keine Gebühren, sondern treten an die Stelle der nicht besonders berechneten baren Auslagen, deren Erstattung nach § 117 RVO. zu erfolgen hat (vgl. Entsch. des RGer. Zivils. 75 S. 312).

Die Gebührenfreiheit der Ersuchen von Versicherungsträgern wird seltsamerweise immer wieder gelegentlich von den Amtsgerichten bestritten. So hat das Amtsgericht Brieg in Schlesien durch Beschluß vom 10. Juli 1921 entschieden: „Der § 117 RVO. bestimmt, daß bare Auslagen, die aus der Rechtshilfe erwachsen, von den Versicherungsträgern als eigene Verwaltungskosten erstattet werden. Diese Bestimmung erstreckt sich aber nur auf die Versicherungsbehörden, denn nur den Ersuchen dieser haben die Gerichte gemäß § 115 RVO. zu entsprechen. Wer zu den Behörden zählt, bestimmt § 35 RVO. Da die Krankenkassen nicht unter dieser Zahl aufgeführt sind, steht ihnen die Vergünstigung des § 117 RVO. nicht zu."

Mit dieser Begründung steht wohl das Amtsgericht Brieg einzig da. Dem Gericht ist offenbar entgangen, daß nach § 117 RVO. auch die Versicherungsträger die Gebührenfreiheit genießen und daß zu diesen auch die Krankenkassen gehören.

2. Entgegen der Ansicht von Hahn, Handb. zur KrVers. Anm. 1 zu § 115 RVO., daß eine Gebührenfreiheit nicht bestehe, wenn in einem Konkurse die Beitragsforderung eines Versicherungsträgers verspätet angemeldet wird, hat das Landgericht I Berlin durch Beschluß vom 5. September 1919 — 17 T. 95/19 — ebenfalls zugunsten der Krankenkassen entschieden und zum Ausdruck gebracht, daß die Anmeldung der Beitragsforderung im Konkursverfahren einer Beitreibung gleichkommt. In diesem Falle ist dies als ein Akt der Rechtshilfe des Gerichts gegenüber dem Versicherungsträger anzusehen und demgemäß gebührenfrei. Die letztere Entscheidung ist gerechtfertigt, da nicht einzusehen ist, warum der Versicherungsträger die Gebühr für den Prüfungstermin zahlen soll, zumal auch die rechtzeitig angemeldete Beitragsforderung im Prüfungstermin festgestellt werden muß. Wenn aus irgendeinem Grunde der erste Prüfungstermin versäumt wird, so erlischt damit das Recht, die Befriedigung aus dem Konkurse zu erlangen, keineswegs. Die Prüfung der Forderung wird zwar in einem anderweiten, allerdings gebührenpflichtigen Termin gefordert. Die Gebührenfreiheit aber deshalb aufzuheben, weil andere Gläubiger für den besonderen Prüfungstermin die Gebühren zu zahlen haben, ist wohl nicht angängig. Vielmehr muß sich die Gebührenfreiheit für den Versicherungsträger auf das ganze Konkursverfahren erstrecken, gleichviel, ob der gebührenpflichtige Akt durch die Schuld des Versicherungsträgers entstanden ist oder nicht. Wenn dem nicht so wäre, so müßte zwischen den Gebühren, die schuldhafterweise durch den Versicherungsträger zur Entstehung gelangt sind, und solchen, die dem Schuldner zur Last fallen, ein Unterschied gemacht werden, was aus den Gesetzesvorschriften der §§ 115, 117 RVO. nicht zu entnehmen ist.

Nawra, Abteilungsvorsteher der Allgemeinen Ortskrankenkasse der Stadt Berlin.

II.

Wir haben Herrn Geheimrat Hahn ersucht, sich zum Punkt 2 zu äußern. Er schreibt uns:

Was Herr Nawra unter 2 zu widerlegen sich bemüht, ist meines Wissens von niemandem, am allerwenigsten von mir vorgebracht worden, wie der Leser nach den Ausführungen des Herrn Nawra annehmen müßte oder könnte. Es ist selbstverständlich, daß auch die verspätet angemeldete Forderung geprüft und gegebenenfalls festgestellt werden muß, daß also das Recht auf die Befriedigung aus der Konkursmasse durch die Versäumung des ersten Termins nicht erlischt, daß ferner bei der Frage, ob Gebührenfreiheit für die Prüfung in einem besonderen Termin besteht, ein Unterschied zwischen verschuldeter und unverschuldeter Versäumung nicht ge-

Digitized by Google

macht werden darf. Um all das handelt es sich aber gar nicht, sondern der Streit betrifft lediglich die Frage, ob die Anmeldung einer Beitragsforderung des Versicherungsträgers im Konkurse des Schuldners ein Rechtshilfeersuchen und ob die Prüfung der Forderung ein Akt der Rechtshilfe ist. Wäre die Frage zu bejahen, so wäre die Gebührenfreiheit nach § 117 RVO. zweifelsfrei; ist dagegen die Frage zu verneinen, ist die Anmeldung einer Forderung im Konkurse nichts anderes als eine besondere Form ihrer Geltendmachung — wie sonst die Klage — so muß der Versicherungsträger, wie jeder andere Gläubiger, für die Prüfung der verspätet angemeldeten Forderung in einem besonderen Termine nach § 142 KonkOrdg. die Kosten, d. h. Auslagen und Gebühren tragen.

Ich habe diese zweite Ansicht im Handbuch an der von Herrn Nawra angeführten Stelle vertreten und mit einem knappen Satze begründet, im übrigen aber einige Entscheidungen angeführt und auf meine eingehenderen Ausführungen in der Zeitschrift für deutschen Zivilprozeß 34 S. 408 bis 410 verwiesen. Leider hat Herr Nawra sich die Mühe verdrießen lassen, diese Ausführungen einzusehen, sonst hätte er so nicht antworten können. Ich habe dort bei Besprechung des zweiten Bandes des Rosinschen „Recht der Arbeiterversicherung", im Anschluß an eine Erörterung über den Begriff der Rechtshilfe, folgendes ausgeführt:

„Mit Unrecht dagegen hat das Kammergericht, ZS. IX, in einem Beschlusse vom 24. 6. 04 (9 X. 1052/04) auch die zweite Frage (nämlich die Gebührenfreiheit der besonderen Prüfung) bejaht, indem es ausführt: Auch die Anmeldung und Prüfung der Beitragsforderung im Konkurse diene nur der Beitreibung aus dem Vermögen des Schuldners, und der Umstand, daß im Konkurse die Befriedigung der Gläubiger im Rahmen eines besonders geregelten Verfahrens erfolge, könne eine Ausnahme von der im öffentlichen Interesse gewährten Gebührenfreiheit nicht rechtfertigen. Die Beitreibung solle grundsätzlich gebührenfrei sein . . . Das geht zu weit. Zur Zwangsvollstreckung gegen den Schuldner hat die Versicherungsanstalt bzw. die Berufsgenossenschaft ohnehin einen vollstreckbaren Titel; hierzu bedürfte es nicht der Anmeldung, Prüfung und Feststellung der Forderung. Aber die Feststellung hat Rechtskraftwirkung gegen die anderen Konkursgläubiger (§ 145 Abs. 2 KO.), die infolge dieser Wirkung die Teilnahme der Anstalt bzw. der Genossenschaft an den Abstimmungen und den Verteilungen zu dulden gehalten sind (§§ 95 ff., 152 ff. KO.). Diesen anderen Gläubigern gegenüber haben Versicherungsanstalten und Berufsgenossenschaften keinerlei öffentlich-rechtliche Machtvollkommenheiten; und wenn sie, gleich jenen, im Konkurs ihre Forderungen nach §§ 141 ff. KO. geltend machen, so treten sie lediglich als Recht suchende Parteien, nicht als Rechtshilfe in Anspruch nehmende Behörden bzw. Korporationen auf. — Rosin dürfte diesem Ergebnisse zustimmen, da er an anderer Stelle (606) bemerkt: „Die Versicherungsanstalten haben ihre Forderung und ihr Vorrecht nach den allgemeinen Regeln im Konkurse geltend zu machen. Darüber hinausgehende besondere Begünstigungen stehen ihnen hier, wo sie einfach als Prozeßpartei auftreten, nicht zu."

Wer die Streitfrage ernstlich prüfen will, mag auch noch a. a. O. die vorausgeschickte Entwicklung des Begriffs der Rechtshilfe lesen. Aus dem wenigen, was ich hier wiedergegeben habe, ergibt sich vor allem, wie belanglos für unsere Frage die Erwägung des Kammergerichts ist, daß die Anmeldung und Prüfung der Beitragsforderung im Konkurse nur der Beitreibung aus dem Vermögen des Schuldners diene. Diese Erwägung trifft, wenn überhaupt, in gleicher Weise auch für jede Klage wegen einer Schuldforderung zu. Auch sie „dient" mittelbar der Beitreibung, zielt aber unmittelbar nur auf Prüfung und Feststellung der Forderung durch das Gericht ab, und diese Prüfung und Feststellung „ist" noch nicht Beitreibung, sondern bereitet sie nur vor für den Fall, daß Beitreibung nötig werden sollte; und ganz ebenso zielt die Anmeldung im Konkurse nur auf Prüfung und Feststellung durch das Gericht ab, das mit der Beitreibung der Forderung nichts zu tun hat, weil die Befriedigung der Gläubiger im Wege der Verteilung der Masse Sache des Konkursverwalters ist (§§ 149 ff. KonkOrdg.). Wollte man gleichwohl die Anmeldung der Beitragsforderung durch einen Versicherungsträger als Ersuchen um Rechtshilfe und die Prüfung durch das Konkursgericht als Akt der Rechtshilfe ansehen und gebührenfrei lassen, so müßte man folgerichtig, wenn z. B. im Prüfungstermin der Anspruch des Versicherungsträgers auf bevorrechtigte Befriedigung bestritten und der Versicherungsträger dadurch zur Klage auf Feststellung des Vorrechts genötigt wird, die Gebührenfreiheit des Versicherungsträgers auch für diesen Prozeß anerkennen, weil er der Beitreibung „dient" — eine Folgerung, die bisher wohl noch nicht gezogen worden ist und gewiß nicht anerkannt werden würde, weil die Klage nur parteimäßige Rechtsverfolgung und das Urteil einen Richterspruch, nicht Rechtshilfe im Sinne der §§ 115 ff. RVO. darstellt. Ganz entsprechend ist auch die auf Feststellung im Konkursverfahren gerichtete Anmeldung der Beitragsforderung durch den Versicherungsträger nur ein der Rechtsverfolgung dienender Antrag eines Gläubigers, und die Prüfung und Feststellung der Forderung ist nur die richterliche Prozedur, durch die — wie im Prozesse durch Urteilsspruch — ein nicht nur gegen den Schuldner, sondern auch gegenüber allen Konkursgläubigern wirksamer rechtskräftiger Titel geschaffen wird (§ 145 KonOrdg.). Bei alledem kann hiernach von „Rechtshilfe" und folglich von Gebührenfreiheit des Versicherungsträgers nach § 117 RVO. nicht die Rede sein. Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Versicherungsanstalten haben auf Grund des § 142 KonkOrdg. die im GerKostGes. bestimmte Gebühr genau so zu tragen, wie die Gebühren eines aus Anlaß der Anmeldung entstehenden ordentlichen Prozesses.

Berechnung der 26wöchigen Unterstützungszeit bei Krankenhausbehandlung.

Stadtrat v. Frankenberg schreibt in seiner Abhandlung „Die Dauer der Krankenunterstützung" („Betriebskrankenkasse" 1921 S. 126/27): „Wenn Krankenhauspflege (z. B. wegen eines Unfalls, einer verbrecherischen Körperverletzung) vom ersten Tage an gewährt wurde, ohne auf die satzungsmäßigen Wartetage Rücksicht zu nehmen, so endet das Bezugsrecht doch erst mit dem 183. Tage nach dem Zeitpunkte, von dem an Krankengeld hätte gewährt werden müssen, wenn nicht die Wartetage (Karenzzeit) durch die Satzung aufgehoben oder gekürzt sind."

Nach § 184 RVO. kann an Stelle der Krankenpflege und des Krankengeldes Krankenhauspflege treten. Hiernach möchte ich annehmen, daß bei sofortiger Gewährung von Kran-

Digitized by Google

kenhausbehandlung die 183 Tage mit dem ersten Tage dieser Behandlung beginnen, da doch dann die volle Krankenhilfe sogleich gewährt wird. (Vgl. Hahn, Handb. der Krankenversf. 8. u. 9. Aufl. S. 274 zu § 184 RVO.) Gedacht ist, die Barleistungen oder deren Ersatz für 183 Tage zu gewähren. Frankenberg will aber in solchen Fällen längstens für 186 Tage (3 Wartetage und 183 Tage) volle Krankenhilfe zubilligen, während sonst nur für 186 Tage Krankenpflege, Krankengeld aber erst vom vierten Krankheitstage für alle Arbeitstage, also gegebenenfalls nach Abzug aller Sonn- und Feiertage in Frage käme. Wo die Satzung einer Kasse nur eine Wartezeit von ein oder zwei Tagen vorsieht oder Krankengeld für jeden Kalendertag zubilligt, würde sich die Berechnung entsprechend ändern. Die Krankenhausbehandlung, ohnehin eine Mehrleistung, würde somit noch einen besonderen Vorteil bieten. Die Kürzung des etwa zuständigen Hausgeldes für die Warte- und Sonntage kann dagegen als Ausgleich nicht angesehen werden, weil ja auch ledige und jugendliche Personen der Krankenhausbehandlung bedürfen. Da sehr viele Versicherungsfälle (Betriebsunfälle, Operationen, ansteckende Krankheiten) gleich Krankenhausbehandlung erfordern, so dürfte eine Erörterung der aufgeworfenen Frage in Fachkreisen angebracht sein, um die Fristberechnung einheitlich zu gestalten.

Wittkämper, Geschäftsführer in Bünde.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Eine aufgehobene Fahrpreisermäßigung.

Auf den Reichseisenbahnen wurde bisher den versicherungspflichtigen Mitgliedern von Krankenkassen im Sinne der Reichsversicherungsordnung, sowie deren freiwilligen Mitgliedern, soweit das Einkommen nicht 2500 ℳ im Jahre übersteigt, bei Reisen zur Aufnahme in Heilstätten, Krankenhäusern, zum Kurgebrauch usw. Fahrpreisermäßigung gewährt, wenn die Entsendung auf Kosten der Krankenkasse geschah. Die gewährte Fahrpreisermäßigung betrug 50 v. H. des Fahrpreises. Nach einer Mitteilung des Tarifanzeigers wird diese Fahrpreisermäßigung jetzt, mit Gültigkeit vom 1. August ab, nicht mehr gewährt. —

Wir verkennen nicht, daß die Lage der Reichseisenbahnverwaltung dringend zu äußerster Sparsamkeit mahnt, aber es erscheint doch recht zweifelhaft, ob der vorliegende Schritt in dieser Richtung wirklich geboten und zweckmäßig ist, da die Belastung, von der sich die Verwaltung lossagt, im ganzen kaum sehr erheblich gewesen sein dürfte. Für die Kassen aber fällt es immerhin ins Gewicht, ob sie, neben den Kosten des Heilverfahrens selbst, noch die unverminderten Kosten der Reise übernehmen müssen, und bei leistungsschwachen Kassen kann dies leicht zu einer Schädigung der kranken Versicherten führen, wenn die Kassen sich wegen der hohen Reisekosten scheuen müssen, eine nach den Umständen dringend erwünschte Behandlung in einem entfernten Krankenhause oder Kurorte zu bewilligen (§ 184 RVO.). Unter diesen Umständen wäre es vollends nicht zu verstehen, wenn die Eisenbahnverwaltung — wie wir anderwärts gelesen haben — ihre Maßnahmen auch damit begründet haben sollte, daß es nicht ihre Sache sei, die Versicherungsträger zu unterstützen. Es werden ja doch mancherlei andere Fahrpreisermäßigungen bewilligt!

Die „Kölnische Zeitung" teilt die Äußerung eines Kassenverbandes mit, aus der wir folgendes herausheben: Die Träger der Sozialversicherung haben unter den heutigen Verhältnissen geldlich schwer zu kämpfen. Die Anordnung der Eisenbahnverwaltung muß daher zu einem Abbau der Maßnahmen zur Bekämpfung der Volksseuchen, vor allem der Tuberkulose, führen, und das zu einer Zeit, in der die Volkskrankheiten erschreckende Zahlen zeigen. Es ist nicht außer acht zu lassen, daß die Kranken, die von den Trägern der Sozialversicherung in Heilstätten und andere Erholungsorte gesandt werden, sich ihr Leiden zum allergrößten Teil im Kriege zugezogen haben; ihnen zu helfen ist daher in erster Linie Aufgabe der Allgemeinheit des Reichs. Bei den hohen Kosten, die bei der Durchführung von Heilverfahren entstehen, bringt die Kranken- und Invalidenversicherung der Arbeiter und Angestellten der Allgemeinheit große Opfer. Dies sollte die Reichsbehörden bestimmen, die Bestrebungen großzügig fördernde Bestimmungen zu erlassen, anstatt unsozial hemmende. Infolge der Bestimmung der Eisenbahnverwaltung hat die Landesversicherungsanstalt der Rheinprovinz angeordnet, daß die Kranken auf den Reisen zu den Heilstätten die vierte Wagenklasse benutzen sollen. Durch die Erhöhung der Eisenbahnfahrpreise hat eine große Abwanderung zur vierten Wagenklasse eingesetzt, so daß die Abteile vierter Klasse in allen Zügen durchweg überfüllt sind. Sitzgelegenheiten sind in einem Abteil vierter Klasse nur beschränkt vorhanden, während nicht selten bis zu 50 Personen stehen müssen. Den Kranken, bis zu 75 v. H. Tuberkulöse, kann nicht zugemutet werden, in solchen überfüllten Abteilen, in denen das Rauchverbot nicht beachtet wird, stundenlang zu stehen, da sie dadurch selbst Schaden leiden und die Mitmenschen der Ansteckungsgefahr aussetzen. Fahrten von Köln nach den Bädern Lippspringe, Nauheim oder Wildungen, zu denen bisher mit Rücksicht auf den Zustand der Kranken D-Züge benutzt wurden, müssen nunmehr in Personenzügen zurückgelegt werden und beanspruchen eine Reisezeit bis zu 24 Stunden und manchmal noch länger. Die Organe der Träger der Sozialversicherung können die Verantwortung nicht übernehmen, daß Lungenkranke, unter denen sich oft vorgeschrittene Fälle befinden, bei der Reise in die Heilstätten die vierte Wagenklasse benutzen. . . .

Zur Erhöhung der Verdienstgrenze in der Angestelltenversicherung

hat, gegenüber den abfälligen Äußerungen in der Tagespresse (zu vgl. z. B. hier, Heft 18 S. 355, 19 S. 376), das Direktorium der Reichsversicherungsanstalt in einem Rundschreiben an die Ortsausschüsse und Vertrauensmänner, wie folgt Stellung genommen:

„In einem großen Teil der Tagespresse sind in den letzten Tagen Artikel erschienen, die sich unter mehr oder weniger tendenziösen Überschriften in scharfer Weise gegen den Reichsratsbeschluß über die Erhöhung der versicherungspflichtigen Gehaltsgrenze in der Angestelltenversicherung auf 28 000 ℳ wen-

Digitized by Google

den und durch größtenteils unrichtige Behauptungen Beunruhigung in die Angestelltenschaft tragen. Es mag daran erinnert werden, daß das ursprüngliche Gesetz vom 20. Dezember 1911 eine versicherungspflichtige Gehaltsgrenze von 5000 ℳ vorsah. Durch das Gesetz vom 31. Mai 1920 wurde diese Gehaltsgrenze der damaligen Geldentwertung entsprechend auf 15 000 ℳ erhöht. Es dürfte schwer fallen, den Nachweis darüber zu führen, daß das Friedenseinkommen eines Angestellten von 5000 ℳ sich im Laufe der Jahre nur auf 15 000 ℳ erhöht hat. Selbst eine Gehaltsgrenze von 28 000 ℳ dürfte noch lange nicht alle Angestellten erfassen, die nach der Absicht des Gesetzgebers im Jahre 1911 unter das Gesetz fallen sollten. Es ist im übrigen unrichtig, daß die Reichsversicherungsanstalt einer solchen Erhöhung der Gehaltsgrenze und der damit verbundenen Beitragssätze lediglich bedarf, um die Kosten ihres Verwaltungsaufwandes zu decken. Richtig ist vielmehr, daß die Reichsversicherungsanstalt künftighin, um der Invalidenversicherung nicht nachzustehen, angemessene Leistungen gewähren will, die der Entwertung des Geldes wenigstens einigermaßen angepaßt sind. Daß es zu diesem Zwecke einer erheblichen Erhöhung der Gehaltsgrenze bedarf, wobei ja nur der Kreis der ursprünglich versicherten Angestellten einigermaßen wieder erfaßt wird sowie einer Erhöhung der Beitragssätze, die sich in sehr mäßigen Grenzen hält, ist selbstverständlich. Dabei ist hervorzuheben, daß auch die Invalidenversicherung, die zudem noch Zuschüsse des Reiches zu ihren Leistungen erhält, ihre Beiträge ebenfalls wesentlich erhöht hat. Abgesehen von den Rentenleistungen sind aber auch die Kosten des Heilverfahrens, das, wie kaum bestritten werden kann, bisher in sehr entgegenkommender Weise gewährt wurde, ganz bedeutend gestiegen; sie werden sich im laufenden Jahre auf etwa 75 Millionen Mark belaufen. Daß die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte allen diesen an sie gestellten Anforderungen mit den alten Beitragssätzen und mit einer versicherungspflichtigen Gehaltsgrenze von 15 000 ℳ, die den größten Teil der Angestellten der Versicherung entzieht, nicht mehr genügen kann, liegt so klar auf der Hand, daß es unverständlich bleibt, wie ein Teil der Presse in dieser Weise gegen den Beschluß des Reichsrats, der nur den tatsächlichen Verhältnissen Rechnung trägt, Sturm laufen kann."

Beantwortung von Anfragen.

Rechtsauskünfte aus unserem Arbeitsgebiet erteilen wir den Beziehern unserer Zeitschrift bereitwillig, ohne indessen eine Verpflichtung oder eine zivilrechtliche Haftung zu übernehmen. Für schriftliche Auskunft wird Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten, und zwar auch dann, wenn nur Bescheid durch die Zeitschrift erbeten, die Sache aber zur Veröffentlichung an dieser Stelle nach unserem Ermessen nicht geeignet ist.

Einwirkung des neuen Gesetzes über Wochenhilfe vom 29. 7. 21 auf laufende Leistungen aus früheren Entbindungen.

1. **Nach Halle a. S.** Antwort: Das neue Gesetz vom 29. 7. 21, betreffend Wochenhilfe und Wochenfürsorge ist — abgesehen von der neuen Fassung des § 195a Abs. 1 Ziff. 1 RVO. — am 6. 8. 21, als dem Tage seiner Verkündung, in Kraft getreten. Die Vorschriften dieses Gesetzes stellen sich dar als eine Novelle (Abänderungsgesetz) zur RVO. Da das Gesetz besondere Übergangsbestimmungen hinsichtlich der vor seinem Inkrafttreten eingetretenen Versicherungsfälle — wie sie das Gesetz in seiner bisherigen Fassung hinsichtlich der vor dem 1. 10. 19 eingetretenen Entbindungen enthält (§ 27 Abs. 3, 4) — nicht aufgenommen hat, muß angenommen werden, daß die neuerlichen Änderungen auf die Ansprüche der Entbindungen vor dem 6. 8. 21 nicht einwirken. Denn nach allgemeinen Grundsätzen sind Rechte und Rechtsverhältnisse nach dem Gesetze zu beurteilen, unter dessen Herrschaft der sie begründende Tatbestand sich vollendet hat. Es können nicht etwa auf Grund des Art. 30 EinfGes. zur RVO. für Entbindungsfälle, in denen am 6. 8. 21 die Leistungspflicht der Kasse nach dem bisherigen Rechte noch fortdauert, von diesem Tage ab die für die Wöchnerin günstigeren Vorschriften des neuen Gesetzes zur Anwendung kommen; denn Art. 30 Einf.-Ges. enthält keinen allgemeinen Rechtsgrundsatz, sondern nur eine besondere Vorschrift für den Übergang vom alten Rechte der Krankenversicherung zum Rechte der RVO. (zu vgl. Hahn in ArbVers. 1914 S. 2 ff.). Ihr Hinweis auf unsere Anmerkung im Jahrg. 1917 S. 439 trifft gleichfalls nicht zu. Sie beruht auf der besonderen Fassung der Bekanntm. vom 6. 6. 17, die ausdrücklich besagte, daß das Wochengeld, welches nach den beiden älteren Bekanntmachungen „weiterhin zu zahlen ist", von 1 M. auf 1½ M. täglich erhöht wird. Danach war kaum ein Zweifel möglich, daß die Erhöhung auch für die beim Inkrafttreten der Bekanntmachung vom 6. 6. 1917 noch laufenden Leistungen galt. An einer entsprechenden Vorschrift fehlt es in dem Gesetze vom 29. 7. 21. Hiernach besteht in den vor dem Inkrafttreten dieses Gesetzes eingetretenen Entbindungsfällen kein Anspruch auf die höheren Bezüge.

Voraussetzungen und Bemessung des Anspruchs auf Versorgungskrankengeld.

2. **Nach Lohr a. M.** Antwort: § 12 RVG. gilt nur für Beschädigte, denen nicht schon nach Reichsversicherungsrecht Anspruch auf Krankengeld zusteht. Sie erhalten nach Abs. 1 nur bei ambulanter Heilbehandlung Krankengeld, soweit sie als versicherungspflichtige Kassenmitglieder Anspruch auf ein solches haben würden; der anschließende Abs. 2 betrifft dann nur „die Höhe" des Krankengeldes (Satz 1 und 3) und fügt hinzu, daß der Beschädigte Krankengeld nur erhält, soweit sein Einkommen durch die Krankheit gemindert ist (Satz 2). Die Fassung dieser Vorschriften ist nicht sehr klar, aber aus dem Zusammenhange läßt sich doch entnehmen, daß Abs. 1 des § 12 nur besagen will, daß die allgemeinen Voraussetzungen für die Entstehung und Erfüllung eines Krankengeldanspruchs überhaupt die gleichen sein sollen, wie wenn der Beschädigte versicherungspflichtiges Kassenmitglied wäre. Es muß also namentlich (neben der ausdrücklich im Abs. 2 Satz 2 noch vorausgesetzten Einkommensminderung) Arbeitsunfähigkeit als Krankheitsfolge vorliegen (§ 182 Ziff. 2 RVO.). Dagegen finden diejenigen besonderen versicherungspflichtigen Vor-

Digitized by Google

schriften, die den Bezug von Krankengeld nach Gesetz oder Satzung zeitlich aufschieben oder bedingen oder einschränken oder ausschließen, auf das Versorgungskrankengeld keine Anwendung, so insbesondere nicht die Vorschriften, die eine Wartezeit vorsehen (§ 183 Ziff. 2, §§ 188, 207, 208, 209 RVO.) und andere (zu vgl. Sonderhoff in ArbVers. 1920 S. 686). Danach kommt auch die Anwendung der in Ihrer Anfrage bezeichneten Satzungsbestimmungen nicht in Frage. Sie betreffen nicht die Bemessung „der Höhe" des Krankengeldes, worunter nur die Feststellung des maßgebenden Grundlohns zu verstehen ist (zu vgl. ArbVers. 1920 S. 99 Ziff. 4, S. 177 Ziff. 3b).

Kann das Versicherungsamt anordnen, daß die Wahl zum Ausschuß der Kasse auf einen Sonntag verlegt werde?

3. **Nach Gr.** Antwort: Das Aufsichtsrecht des Versicherungsamts erstreckt sich darauf, daß Gesetz und Satzung beobachtet werden (§ 30 RVO.). Wenn weder das Gesetz noch die Satzung oder die Wahlordnung der Kasse bestimmt, daß die Wahlen zum Ausschuß der Kasse an einem Sonntag stattfinden müssen, so könnte man geneigt sein, die Frage, ob das Versicherungsamt eine dahingehende Anordnung erlassen darf, schlechthin zu verneinen, weil es sich um eine reine Frage der Zweckmäßigkeit handle, über welche regelmäßig nur der Vorstand nach freiem pflichtmäßigen Ermessen zu entscheiden habe (zu vgl. Begr. zu § 27 des Entw. der RVO. S. 44). Ganz so liegt die Sache aber doch nicht. Wenn nach den besonderen Verhältnissen der Kasse die Festsetzung der Wahl auf einen Werktag zur Folge haben würde, daß für einen wesentlichen Teil der Wahlberechtigten die Ausübung des Wahlrechts erheblich erschwert oder gar unmöglich gemacht würde, so wäre das mit dem Zwecke des Gesetzes nicht vereinbar und ein Einschreiten der Aufsichtsbehörde durch die Anordnung, daß die Wahl an einem Sonntag stattzufinden habe, gerechtfertigt. Im vorliegenden Fall aber behauptet die Kasse: die Wahlen zum Ausschuß seien so verlegt, daß die Kassenmitglieder ohne Verdienstausfall nach der Arbeitszeit ihr Wahlrecht ausüben können; die Wahlen auf einen Sonntag zu verlegen, sei nicht angängig, weil viele Wahlberechtigte weitab von ihrem Arbeitsort wohnen und ihnen daher am Sonntag große Auslagen an Fahrgeld usw. entstehen würden. Wenn dies richtig ist, so würde gerade die Anordnung des Versicherungsamts die Wahlberechtigten in einer mit dem Zwecke des Gesetzes nicht vereinbaren Weise benachteiligen. Unter dieser Voraussetzung empfehlen wir, Beschwerde bei dem Oberversicherungsamt zu erheben.

Wahrung der Frist zur Einreichung von Wahlvorschlägen; Aufstellung eines eigenen Vorschlags für die Vorstandswahl durch den bisherigen Vorstand.

4. **Nach Hohenlimburg.** Antwort: Ein zur Wahrung einer Frist bestimmtes Schriftstück kann als beim Adressaten eingegangen nur dann angesehen werden, wenn der Adressat in die Lage versetzt ist, von dem Inhalte des Schriftstückes Kenntnis zu nehmen (zu vgl. Entsch. der RVA. 2807, Amtl. Nachr. 1915 S. 530, ArbVers. 1915 S. 563). Die Frist zur Einreichung von Vorschlägen für die Kassenvorstandswahl lief am 29. Juni ab. Vorher, nämlich schon am 26. Juni, war allerdings ein Schreiben an die Kasse ohne Absenderbezeichnung bei der Post aufgegeben und durch diese der Kasse angeboten, von ihr aber wegen ungenügender Freimachung und dadurch bedingter Portobelastung mit 40 Pf. zurückgewiesen worden. Hierzu war die Kasse berechtigt. Durch diesen Vorgang war daher die Einreichungsfrist nicht gewahrt (zu vgl. Entsch. des RVA. 2588, Amtl. Nachr. 1912 S. 1132, Arb.-Vers. 1912 S. 546). Ob der Vorstand Anlaß hatte, infolge einer Anfrage der Post den Brief auf dem Postamt öffnen zu lassen, um den Absender festzustellen, kann dahingestellt bleiben, da diese Öffnung erst am 30. Juni, also nach Ablauf der Frist, erfolgte und es daher für Wahrung der Frist nicht mehr von Belang sein konnte, daß nunmehr festgestellt wurde, daß der Brief einen Wahlvorschlag der Arbeitnehmervertreter enthielt. Der Vorstand hatte daher mit Recht einen eigenen Wahlvorschlag aufgestellt, wie es die Wahlordnung für den Fall vorschreibt, daß ein Wahlvorschlag der Wahlberechtigten in der vorgeschriebenen Frist nicht eingeht. Der Einwand, daß nicht der bisherige Vorstand, sondern der Ausschuß den neuen Vorstand zu wählen habe, ist ganz verfehlt. Denn die Einreichung des Wahlvorschlages durch den Vorstand bedeutete doch nicht schon die Wahl, sondern war lediglich ein Akt der Wahlleitung, die dem bisherigen Vorstand oblag (§ 23 der Musterwahlordnung für Ortskrankenkassen).

Wer trägt die Druckkosten bei Krankenkassenwahlen?

5. **Nach Scheibenberg.** Antwort: Wenn der Kassenvorstand, entsprechend einer Bestimmung der Wahlordnung, einen eigenen Wahlvorschlag einreicht, so werden dadurch allein Druckkosten regelmäßig nicht entstehen. Sie entstehen erst dadurch, daß Stimmzettel mit den Namen der in dem Vorschlage bezeichneten Bewerber zum Zwecke der Verteilung an die Wahlberechtigten hergestellt werden. Aus der in der Wahlordnung ausgesprochenen Pflicht des Vorstandes zur Einreichung eines Wahlvorschlages ist aber abzuleiten, daß er auch dem Vorschlag entsprechende Stimmzettel drucken lassen kann, um sie den Wahlberechtigten zur Ausübung des Wahlrechts zur Verfügung zu stellen. Auch hierbei handelt er, wie bei der Einreichung des Vorschlages, nur als Organ der Kasse im Rahmen seiner Aufgaben. Deshalb sind die entstandenen Druckkosten nicht von den Vorstandsmitgliedern, sondern als Verwaltungskosten (§ 363 RVO.) von der Kasse zu bestreiten. Wenn hingegen Wahlberechtigte einen Wahlvorschlag einreichen und entsprechende Stimmzettel herstellen lassen, so handeln sie lediglich in Wahrnehmung eines persönlichen, mit ihrer Wahlberechtigung zusammenhängenden Interesses und müssen die dadurch entstehenden Kosten selbst tragen, da es an einer Vorschrift, die ihnen einen Ersatzanspruch gegen die Kasse gäbe, fehlt.

Neuer Unfall als neuer Versicherungsfall im Sinne des § 182 RVO. — Anwendung des § 573 RVO. auf von der Kasse ausgesteuerte Verletzte.

6. **Nach Bremerhaven.** Frage: Ein Mitglied unserer Kasse erlitt am 24. 11. 20 einen Betriebsunfall. Bis zum 7. 5. 21 haben wir das Krankengeld gezahlt. Am 13. 5. 21 beauftragte uns die Berufsgenossenschaft, die Vollrente an den Verletzten zur Auszahlung zu bringen. Am 1. 6. 21 wurde die letzte Halbmonatsrate ausgezahlt und dann auf

Digitized by Google

Anweisung der Berufsgenossenschaft die Zahlung eingestellt. Am 30. 5. 21 trat der Verletzte wieder ein Beschäftigungsverhältnis an und erlitt am 11. 6. 21 einen neuen schweren Unfall. Der von der Berufsgenossenschaft mit der Behandlung betraute Arzt bescheinigt, daß der Verletzte mit orthopädischen und mechanischen Übungen und Massagen behandelt worden ist, daß er am 30. 5. 21 infolge Wiederaufnahme einer Beschäftigung zeitlich und körperlich zu sehr in Anspruch genommen und infolgedessen von den Übungen beurlaubt worden sei. Eine definitive Entlassung aus der Behandlung habe jedoch nicht stattgefunden. Auf Grund der Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 18. 3. 20 (ArbVers. S. 427) verneinen wir unsere Unterstützungsverpflichtung für den neuen Unfall, weil ein neuer Versicherungsfall nicht vorliegt. Dabei ist es unseres Erachtens gleichgültig, ob die Kasse aus eigenen Mitteln oder auf Anweisung und Kosten der Berufsgenossenschaft unterstützt hat, da die Behandlungsbedürftigkeit bis zum Eintritt des Unfalls am 11. 6. 21 fortgedauert hat und unter diesen Umständen für den Eintritt eines neuen Versicherungsfalls kein Raum ist. Wer hat für den Verletzten vom 11. 6. 21 ab aufzukommen, wenn eine Unterstützungpflicht der Kasse verneint werden muß? Die satzungsmäßige Unterstützungsdauer beträgt 26 Wochen.

Antwort: Wir halten zunächst die Auffassung der Kasse, daß es sich um einen einheitlichen, am 24. 11. 20 eingetretenen und über den 11. 6. 21, den Tag des neuen Unfalls, hinausdauernden Versicherungsfall aus § 182 RVO. handle, nicht für unbedenklich. Die Ausdrucksweise des Arztes, der von einer „Beurlaubung" (von den orthopädischen Übungen und Massagen) im Gegensatz zu einer „definitiven Entlassung" aus dieser Behandlung spricht, ist nicht entscheidend. Daß der Arzt es zuließ, daß der Versicherte eine ihn zeitlich und körperlich stark in Anspruch nehmende Beschäftigung aufnahm und deshalb von den Übungen fernblieb, ohne daß ein bestimmter Zeitpunkt für deren Wiederaufnahme festgesetzt wurde, legt doch die Deutung mindestens sehr nahe, daß ein zweifelsfreies Bedürfnis für seine weitere ärztliche Behandlung nicht mehr bestand und daß höchstens mit der Möglichkeit eines Wiedereintritts jenes Bedürfnisses gerechnet werden konnte. Eine andere Deutung würde der Gewissenhaftigkeit des Arztes zunahetreten. Daß er eine „definitive" Entlassung aus der Behandlung verneint, bedeutet daher nur, daß die Entlassung versuchsweise stattfand; und daß dieser Versuch etwa zu gewagt gewesen und mißlungen sei, ist nach dem, was vorliegt, nicht anzunehmen, da doch der zweite Unfall offenbar unabhängig von dem früheren und seinen Folgen eintrat. Wir neigen also zu der Annahme, daß der zweite Unfall einen selbständigen Versicherungsfall darstellte, für den die zuständige Krankenkasse wieder nach §§ 182 ff. mit den vollen satzungsmäßigen Leistungen einzutreten hat. — Wäre aber mit der Kasse ein einheitlicher Versicherungsfall anzunehmen, wegen dessen der Versicherte bereits ausgesteuert war, so hätte ihm die Kasse aus Anlaß des neuen Unfalls zwar nicht die vollen satzungsmäßigen Leistungen, jedoch auf Grund der besonderen Vorschrift in § 573 RVO. die Regelleistungen nebst dem Unfallzuschuß zu gewähren. Diese Vorschrift gehört dem Unfallversicherungsrecht an, und im Sinne dieses Rechtes ist der neue Unfall selbstverständlich ein neuer Versicherungsfall, wegen dessen der von der Kasse ausgesteuerte Verletzte, auch wenn wegen ununterbrochen fortdauernden Heilbedürfnisses kein neuer Anspruch aus § 182 RVO. gegeben sein sollte, doch jedenfalls die Leistungen aus § 573 zu fordern hätte; die Kasse wäre dadurch nicht beeinträchtigt, weil sie dann wegen ihrer gesamten Leistungen Ersatz nach § 576 RVO. (vgl. besonders Abs. 2) beanspruchen könnte.

Aufrechnung von Beitragsrückständen auf den Ersatzanspruch aus § 197 RVO.

7. **Nach H.** Antwort: Nach § 223 RVO. in Verbindung mit § 387 BGB. kann die Kasse den Anspruch auf Leistungen der Familienhilfe (§ 205a RVO.) auf Beiträge aufrechnen, die der Ehemann der Wöchnerin auf Grund seiner Mitgliedschaft der Kasse schuldet; denn als Träger des Anspruchs gilt nach der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts nicht die Wöchnerin, sondern der Versicherte, also im vorliegenden Falle der Ehemann. Im vorliegenden Falle will die Kasse auf die von dem Ehemann geschuldeten Beiträge allerdings nicht einen Anspruch desselben auf Kassenleistungen, sondern den Anspruch einer anderen Krankenkasse auf anteiligen Ersatz für Wochenhilfeleistungen aus § 197 RVO. aufrechnen, wofür scheinbar die Voraussetzung nicht gegeben ist, daß zwei Personen „einander" Leistungen schulden (§ 387 BGB.). Gleichwohl halten wir die Aufrechnung für begründet im Hinblick auf Abs. 2 des § 197 RVO. Bei entsprechender Anwendung dieser Vorschrift auf die Familienwochenhilfe (Abs. 4 des § 205a) ist der Ersatzanspruch nur bis zur Höhe des Anspruchs begründet, der dem Ehemann der Wöchnerin (für diese) zugestanden hätte, wenn die erstattungspflichtige Kasse selbst leistungspflichtig gewesen wäre. In diesem Falle hätte aber die erstattungspflichtige Kasse die vom Ehemann geschuldeten Beiträge zur Aufrechnung stellen können, so daß sein Anspruch sich um den Betrag dieser Beiträge vermindert hätte. Nur bis zur Höhe des so verminderten Anspruchs reicht daher auch die Ersatzpflicht aus § 197.

Familienhilfe für die aus eigener Versicherung ausgesteuerte Ehefrau eines bei derselben Kasse versicherten Mannes.

8. **Nach Werden.** Antwort: Sie weisen gegenüber unserer Auskunft im Heft 18 S. 358 Ziff. 2 darauf hin, daß nach § 205b Ziff. 1 die Satzung Krankenpflege nur an solche Familienangehörige der Versicherten zubilligen kann, welche darauf nicht anderweit nach der RVO. Anspruch haben. Dies ist unbegründet. Denn Sinn und Zweck dieser Vorschrift ist die Vermeidung von Doppelleistungen, d. h. von gleichartigen Leistungen für die gleiche Zeit, ähnlich wie z. B. im § 189 RVO. Daß der Familienangehörige nicht anderweit Anspruch auf Krankenhilfe haben darf, ist daher nicht als eine Voraussetzung für die Entstehung des Anspruchs auf Familienhilfe, sondern nur als eine zeitliche Beschränkung aufzufassen: der Anspruch aus § 205 und der entsprechenden Satzungsbestimmung kann erst wirksam werden und wird wirksam, sobald der Angehörige auf Grund seiner eigenen Versicherung ausgesteuert, aber der Krankenpflege noch weiter bedürftig ist.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Str. 12.
Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., in Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Begründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

Heft 1328 der ganzen Folge.

38. Jahrgang | 11. September 1921 | Heft 26

Das Gesetz über die anderweite Festsetzung der Leistungen und der Beiträge in der Invalidenversicherung.

Von Landesrat Seelmann in Oldenburg in O.

Das Gesetz vom 23. Juli 1921 über die anderweite Festsetzung der Leistungen und der Beiträge in der Invalidenversicherung bringt den Trägern der Invalidenversicherung endlich die seit längerer Zeit dringend erforderliche Erhöhung der Beiträge, ändert aber auch viele andere Bestimmungen des IV. Buchs der RVO. Die Neuerungen sollen hier im Zusammenhange dargestellt werden.

I. Die Beitragsleistung.

Die bisherigen fünf Lohnklassen der Invalidenversicherung werden mit Wirkung vom 1. 10. 21 aufgehoben. Von diesem Tage an werden für die Versicherten nach der Höhe des Jahresarbeitsverdienstes folgende Lohnklassen gebildet:

Klasse A bis zu 1000 ℳ
= B von mehr als 1 000 bis zu 3 000 ℳ
= C = = = 3 000 = = 5 000 =
= D = = = 5 000 = = 7 000 =
= E = = = 7 000 = = 9 000 =
= F = = = 9 000 = = 12 000 =
= G = = = 12 000 = = 15 000 =
= H = = = 15 000 ℳ

Die Bestimmungen der RVO. über die Zuweisung der Versicherten zu diesen Lohnklassen sind gestrichen worden. Das neue Gesetz selbst enthält keine Regeln über die Zuweisung zu den Lohnklassen, sondern hat es dem Reichsarbeitsminister überlassen, das Nähere zu bestimmen. Dieser hat für seine Ausführungsbestimmungen völlig freie Hand. Er kann also bestimmen, daß für die Zugehörigkeit zu den Lohnklassen der wirkliche Jahresarbeitsverdienst maßgebend sein soll, er kann aber auch, wie es in der RVO. geschehen war, Durchschnittssätze zugrunde legen. Mir scheint es zweifellos zu sein, daß in der Praxis in vielen Fällen ohne Durchschnittssätze nicht auszukommen ist, da es Fälle genug gibt, in denen der tatsächliche Jahresarbeitsverdienst vom Arbeitgeber bei der Beitragsleistung nicht berechnet werden kann.

Die 2000-M.-Grenze für die Versicherungspflicht der Angestellten ist bestehen geblieben.

Vom 1. Oktober 1921 an werden, und zwar bis zum 31. Dezember 1926, als Wochenbeitrag erhoben:

in Lohnklasse	A	350	Pf.
= =	B	450	=
= =	C	550	=
= =	D	650	=
= =	E	750	=
= =	F	900	=
= =	G	1050	=
= =	H	1200	=

Die Rechnungsstelle des Reichsversicherungsamts hat rechtzeitig vor dem 31. Dezember 1926 zu prüfen, ob die Beiträge ausreichen. Das Ergebnis der Prüfung ist dem Reichstag mitzuteilen. Nach dem Ausfall

Digitized by Google

des Prüfungsergebnisses kann der Reichsrat die festgesetzten Beiträge für weitere fünf Jahre aufrechterhalten.

Wenn man hiernach annehmen würde, daß die Beiträge nunmehr bis zum 31. Dezember 1926 endgültig festgelegt seien, so ist dies irrtümlich. Sollten infolge der fortschreitenden Geldentwertung die Leistungen der Invalidenversicherung weiter erhöht werden müssen, so ist auch eine weitere Erhöhung der Beiträge noch vor dem 1. Januar 1927 unvermeidlich.

Für die Zeit nach dem 1. 10. 21 dürfen Marken in den alten Werten nicht mehr verwendet werden; sie werden vielmehr mit dem 1. 10. 21 ungültig, dürfen aber selbstverständlich für die Zeit vor dem 1. 10. 21 innerhalb der gesetzlichen Grenzen auch noch nachträglich verwendet werden. Ungültig gewordene Marken können binnen zwei Jahren nach dem 1. 10. 21 bei den Markenverkaufsstellen gegen gültige Marken im gleichen Geldwert umgetauscht werden. Dabei werden die seit dem 1. August 1920 auf Grund des Gesetzes vom 26. Dezember 1920 in der Fassung der Bekanntmachung vom 11. April 1921 zu verwendenden Marken entsprechend ihrem Verkaufswert zum doppelten Geldwert angerechnet, während sie bekanntlich bisher beim Umtausch nur zum Nennwert angerechnet werden. Das Gesetz bestimmt dann weiter:

„Der Wert bereits verwendeter Marken wird nur insoweit erstattet, als sie für Zeiten verwendet sind, in denen weder Versicherungspflicht noch das Recht zur Weiterversicherung bestand."

Das bedeutet folgendes. Sind für die Zeit nach dem 1. 10. 21 Marken aller Art verwendet, obwohl weder Versicherungspflicht noch das Recht zur Weiterversicherung bestand, so wird der volle Geldwert der Marken innerhalb der durch die RVO. selbst bestimmten Fristen erstattet. Da das Gesetz ausdrücklich nur von Weiterversicherung spricht, gilt das gleiche für die Selbstversicherung nicht. Wenn also für die Selbstversicherung Marken alter Art für die Zeit nach dem 1. 10. 21 verwendet werden, so sind sie ungültig; ihr Wert wird nicht erstattet. Und ebenso ist die Sache dann, wenn Marken alter Art für die Zeit nach dem 1. 10. 21 in solchen Fällen verwendet würden, in denen Versicherungspflicht oder das Recht zur Weiterversicherung bestand: Die geleisteten Beiträge sind ungültig, der Arbeitgeber hat bei der Pflichtversicherung die neuen Beiträge nachzuliefern, ohne daß der Wert der entrichteten alten Beiträge angerechnet wird. Hiernach werden diejenigen, die Marken alter Art hamstern und für die Zeit nach dem 1. 10. 21 verwenden, schwer enttäuscht werden, da sie die vollen Beiträge nachzahlen müssen, und zwar in jedem Falle, denn die Tatsache, daß Marken alter Art für die Zeit nach dem 1. 10. 21 verwendet sind, wird, wenn nicht schon bei der Beitragskontrolle, so doch stets bei Eingang der abgelieferten Karte bei der Landesversicherungsanstalt festgestellt.

II. Die Renten.

a. Laufende Renten.

Die Berechnung der laufenden Renten, d. h. derjenigen Renten, die vor dem 1. 10. 21 festgestellt sind, wird durch das neue Gesetz nicht geändert, die Renten selbst werden vielmehr unverändert weitergezahlt. Dagegen fallen die Rentenzulagen und Beihilfen als solche vom 1. 10. 21 an weg. Dafür wird den Empfängern einer Invaliden-, Alters- oder Hinterbliebenenrente bis zum 31. Dezember 1926 ihre Rente erhöht. Die Erhöhung beträgt für Empfänger einer Invaliden- oder Altersrente monatlich 70 M., für Empfänger einer Witwen- oder Witwerrente monatlich 55 M., für Empfänger einer Waisenrente monatlich 30 M. Die Erhöhung ist also ebenso hoch wie Zulage und Beihilfe zusammen. Die Änderung, die das neue Gesetz in dieser Beziehung bringt, besteht also lediglich darin, daß im Falle der Zulage und Beihilfe eine einheitliche Rentenerhöhung gewährt wird.

Das Gesetz bestimmt dann weiter, daß die Erhöhung der Rente solchen Personen, die auf Grund des Reichsversorgungsgesetzes oder anderer Militärversorgungsgesetze eine Versorgung erhalten, nur insoweit gewährt

Digitized by Google

wird, als sie die gewährte Versorgung übersteigt. Hierin liegt eine wichtige Änderung gegenüber dem bisherigen Rechte. Was jetzt für die gesamte Rentenerhöhung bestimmt wird, galt bisher nur für die Beihilfen, nicht für die Zulagen. Die Zulagen waren bisher nur solchen Personen zu versagen, die Militärversorgung auf Grund des Reichsversorgungsgesetzes erhielten, nicht auch solchen, denen die Versorgung auf Grund anderer Militärversorgungsgesetze bewilligt war. Bestand die Versorgung nach dem Reichsversorgungsgesetz in einer Hinterbliebenenrente, so war die Zulage in jedem Falle zu versagen, auch wenn die Hinterbliebenenrente niedriger war als die Zulage, was in der Praxis nach erfolgter Umanerkennung wohl nicht vorkam. Wichtiger ist, daß, wenn die Versorgung nach dem Reichsversorgungsgesetz in einer Versorgungsrente bestand, die Rentenzulage nur zu versagen war, wenn eine Versorgungsrente von mehr als 66⅔ v. H. gewährt wurde, während es nach dem neuen Gesetz auf den Hundertsatz der Versorgungsrente nicht ankommt. Danach werden nicht wenigen Rentenempfängern vom 1. 10. 21 an ihre Bezüge aus der Invalidenversicherung verkürzt.

Die Rentenerhöhung wird, ebenso wie Zulagen und Beihilfen auch dann gewährt, wenn der Empfänger nur einen Bruchteil seiner Rente aus der Invaliden- und Hinterbliebenenversorgung bezieht.

Nicht gewährt wird die Rentenerhöhung Ausländern, die sich im Ausland aufhalten, den Gemeinden, Armenverbänden, Versicherungsträgern usw. in den Fällen des § 120 Abs. 2 Satz 2, § 1276 Abs. 1 Satz 2, §§ 1277, 1531, 1536, 1541, 1544 RVO.

In welcher Weise die erhöhten Renten gezahlt werden, bestimmt die oberste Postbehörde. Diese hat also auch festzustellen, ob in solchen Fällen, in denen die Zulage bisher gezahlt wurde, nach dem neuen Gesetz noch Anspruch auf die Rentenerhöhung oder die volle Rentenerhöhung besteht.

Das Gesetz über Änderung der Leistungen und der Beiträge in der Invalidenversicherung vom 20. 5. 20 (RGBl. S. 1091, Arb.-Vers. 370), sowie das Gesetz über eine außerordentliche Beihilfe für Empfänger von Renten aus der Invalidenversicherung vom 26. 12. 20 (RGBl. S. 2315, ArbVers. 1921 S. 53) in der Fassung der Bekanntmachung vom 11. 4. 21 (RGBl. S. 473, ArbVers. S. 254) treten mit dem 1. 10. 21 außer Kraft.

b. Neue Renten.

Vom 1. 10. 21 an ist die Berechnung der Renten anders als bisher. Der Reichszuschuß beträgt wie früher jährlich 50 M. für jede Invaliden-, Alters-, Witwen- und Witwerrente und 25 M. für jede Waisenrente. Im übrigen gilt folgendes:

1. Invalidenrente. Diese besteht außer dem Reichszuschuß von 50 M. aus dem Grundbetrag, den Steigerungssätzen, den Rentenerhöhungen und den Kinderzuschüssen.

Der Grundbetrag der Invalidenrente beträgt nunmehr für alle Lohnklassen 360 M., ist also wesentlich höher geworden.

Der Steigerungssatz der Invalidenrente beträgt für jede Beitragswoche

in der Lohnklasse	A	10 Pf.
= = =	B	30 =
= = =	C	50 =
= = =	D	70 =
= = =	E	90 =
= = =	F	120 =
= = =	G	150 =
= = =	H	180 =

Für die nach den früheren Gesetzen verwendeten Beitragsmarken gelten folgende Steigerungssätze

in der Lohnklasse	I	3 Pf.
= = =	II	6 =
= = =	III	8 =
= = =	IV	10 =
= = =	V	12 =

Die Rentenerhöhung beträgt bei den Invalidenrenten bis auf weiteres 600 M. jährlich. Eine Bestimmung, daß solchen Personen, die Militärversorgung erhalten, die Rentenerhöhung nicht oder nur zum Teil gewährt wird, gilt hier nicht. Personen, deren

Digitized by Google

Renten erst nach dem 2. 8. 21 festgesetzt werden, stehen sich also wesentlich besser als solche, über deren Rentenanspruch schon früher entschieden ist. Dies kommt noch denjenigen zugute, deren Krankenrente nach dem 2. 8. 21 in Invalidenrente umgewandelt wird oder die an Stelle der Altersrente die Invalidenrente erhalten. Bei der Abfindung von Ausländern nach § 1316 RVO. bleibt die Rentenerhöhung außer Ansatz.

Kinderzuschüsse. Als Kinderzuschuß wurde bisher ein Zehntel der Invalidenrente für jedes Kind gewährt. Auch jetzt erhöht sich die Invalidenrente beim Vorhandensein von Kindern unter 15 Jahren, und zwar: um jährlich 96 M., wenn ein solches Kind vorhanden ist, um jährlich 168 M., wenn zwei solcher Kinder vorhanden sind, und um jährlich 48 M. für jedes weitere solche Kind. Neu ist ferner die Bestimmung, daß elternlose Enkel unter 15 Jahren, deren Unterhalt der Empfänger einer Invalidenrente ganz oder überwiegend bestreitet, den Kindern unter 15 Jahren gleichgestellt werden.

2. Altersrente. Diese besteht außer dem Reichszuschuß von 50 M. aus dem Anteil der Versicherungsanstalt und der Rentenerhöhung.

Der Anteil der Versicherungsanstalt an der Altersrente beträgt

in der	Lohnklasse	A	300 M
" "	"	B	500 "
" "	"	C	700 "
" "	"	D	900 "
" "	"	E	1100 "
" "	"	F	1400 "
" "	"	G	1700 "
" "	"	H	2000 "

Für Beiträge verschiedener Lohnklassen wird der entsprechende Durchschnitt gewährt. Sind über 1200 Beitragswochen nachgewiesen, so scheiden die überzähligen Beiträge der niedrigsten Lohnklassen aus. Sind bei Gewährung von Altersrente nach Art. 65 EinfGes. zur RVO. weniger als 1200 Beitragswochen nachgewiesen, so werden für die fehlenden Wochen Beiträge der Lohnklasse A angesetzt.

Soweit es sich um die nach den früheren Gesetzen verwendeten Beitragsmarken handelt, gelten als Altersrente

für die	Lohnklasse	I	60 M
" "	"	II	90 "
" "	"	III	120 "
" "	"	IV	150 "
" "	"	V	180 "

Die Rentenerhöhung beträgt bei den Altersrenten bis auf weiteres jährlich 600 M. Im übrigen gilt hier dasselbe, was oben für die Rentenerhöhung bei den Invalidenrenten gesagt ist.

3. Witwen- und Witwerrenten. Diese bestehen außer dem Reichszuschuß von 50 M. aus dem Anteil der Versicherungsanstalt und der Rentenerhöhung.

Der Anteil der Versicherungsanstalt beträgt bei den Witwen- und Witwerrenten vier Zehntel des Grundbetrages und der Steigerungssätze der Invalidenrente, die der Ernährer zur Zeit seines Todes bezog oder bei Invalidität bezogen hätte. Art. 69 EinfGes. zur RVO. ist gestrichen.

Die Rentenerhöhung beträgt bei den Witwen- und Witwerrenten bis auf weiteres jährlich 600 M. Sie wird Witwen eines Ausländers, die sich zur Zeit seines Todes nicht gewöhnlich im Inland aufhielten, nicht gewährt. Im übrigen gilt hier dasselbe, was oben für die Rentenerhöhung bei den Invalidenrenten gesagt ist.

4. Waisenrenten. Sie bestehen außer dem Reichszuschuß von 25 M. für jede Waisenrente aus dem Anteil der Versicherungsanstalt und der Rentenerhöhung. Der Anteil der Versicherungsanstalt beträgt bei Waisenrenten für jede Waise zwei Zehntel des Grundbetrages und der Steigerungssätze der Invalidenrente, die der Ernährer zur Zeit seines Todes bezog oder bei Invalidität bezogen hätte. Art. 69 EinfGes. zur RVO. ist gestrichen. Die Rentenerhöhung beträgt bei Waisenrenten jährlich 300 M. für jede Waise. Im übrigen gilt hier dasselbe, was oben für die

Digitized by Google

Rentenerhöhung bei der Invalidenrente und Witwenrente gesagt ist.

c. Schwebende Rentenansprüche.

Das Gesetz vom 23. 7. 21 tritt mit einer später zu erwähnenden Ausnahme am 1. 10. 21 in Kraft. Es bestimmt aber weiter folgendes: „Ansprüche und Leistungen, über die das Feststellungsverfahren am Tage der Verkündung dieses Gesetzes (d. h. am 3. 8. 21) schwebt, unterliegen dessen Vorschriften. Eine Nichtanwendung gilt auch dann als Revisionsgrund, wenn das Oberversicherungsamt sie noch nicht anwenden konnte." Das bedeutet, daß die Träger der Invalidenversicherung in allen Fällen, in denen sie seit dem 3. 8. 21 über Rentenansprüche entscheiden, schon das neue Gesetz anwenden müssen. Insbesondere ist der höhere Grundbetrag von 360 M. zu bewilligen und an Stelle der Rentenzulagen und Beihilfen die Rentenerhöhungen, die auch nicht deshalb versagt werden dürfen, weil Militärversorgung gewährt wird. Ebenso ist das neue Gesetz anzuwenden, wenn die Versicherungsanstalt die Entscheidung schon vor dem 3. 8. 21 getroffen hat, gegen den Bescheid aber rechtzeitig Berufung eingelegt ist. In Wirklichkeit tritt also das neue Gesetz in wichtigen Teilen nicht erst am 1. 10. 21, sondern schon früher in Kraft.

III. Witwengeld und Waisenaussteuer.

Witwengeld und Waisenaussteuer sind Nebenleistungen der Invalidenversicherung, die unter den heutigen Verhältnissen eine wirtschaftliche Bedeutung nicht mehr haben, den Versicherungsträgern und den übrigen mit der Durchführung des Gesetzes betrauten Stellen aber eine erhebliche Verwaltungsarbeit verursachen. Das neue Gesetz hat daher die sämtlichen Bestimmungen über das Witwengeld und die Waisenaussteuer gestrichen. Da das Gesetz am 1. 10. 21 in Kraft tritt, muß angenommen werden, daß Witwengeld und Waisenaussteuer noch zu bewilligen sind, wenn der Anspruch darauf vor dem 1. 10. 21 entstanden ist. Zur rechtlichen Entstehung gelangt ein Anspruch auf die Leistungen der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung nicht schon dadurch, daß die materiellen Voraussetzungen für den Anspruch vorhanden sind; es muß vielmehr hinzukommen, daß eine Anmeldung des Anspruchs bei der zuständigen Stelle erfolgt ist (Entsch. des RVA. vom 19. 11. 00, Amtl. Nachr. 1901, S. 194 Nr. 876). Hiernach sind Witwengeld und Waisenausteuer dann nicht zu gewähren, wenn zwar die sonstigen Voraussetzungen für diese Ansprüche vor dem 1. 10. 21 vorhanden waren, der Antrag auf Gewährung der Leistungen aber erst nach dem 1. 10. 21 gestellt wird, denn nach Inkrafttreten des neuen Gesetzes kann ein Anspruch auf Witwengeld und Waisenausteuer nicht mehr entstehen.

Wie in dem vorhergehenden Abschnitt über schwebende Rentenansprüche dargelegt ist, unterliegen Ansprüche und Leistungen, über die das Feststellungsverfahren am Tage der Verkündung des Gesetzes schwebt, dessen Vorschriften. Würde diese Bestimmung auch für das Witwengeld und die Waisenausteuer gelten, so müßten seit dem 3. 8. 21 alle Anträge auf Witwengeld und Waisenausteuer abgelehnt werden. Das Gesetz bestimmt aber ausdrücklich, daß die erwähnte Vorschrift nicht für Ansprüche auf Witwengeld und Waisenausteuer gilt, die vor dem Inkrafttreten des Gesetzes fällig geworden sind. Fällig wird das Witwengeld beim Tode des Versicherten, die Waisenausteuer bei Vollendung des 15. Lebensjahres der Waise. Hiernach sind Witwengeld und Waisenausteuer zu gewähren, wenn sie vor dem 1. 10. 21 fällig geworden und angemeldet worden sind.

IV. Zusatzversicherung.

Die Zusatzversicherung hat, wie vorauszusehen war, eine nennenswerte praktische Bedeutung nicht erlangt. Das neue Gesetz hat daher die sämtlichen Bestimmungen über die Zusatzversicherung gestrichen. Empfänger einer Zusatzrente erhalten mit dem 1. 10. 21 deren Kapitalwert als Abfindung. Als Jahresbetrag der Rente gilt das Zwölffache

Digitized by Google

ihres Monatsbetrages. Das Nähere bestimmt der Reichsarbeitsminister.

Personen, die Zusatzmarken verwendet und am 1. 10. 21 einen Anspruch auf Zusatzrente nicht erworben haben — wozu nach den Darlegungen unter III. Erfüllung der materiellen Voraussetzungen und Anmeldung des Anspruchs gehören —, können innerhalb 5 Jahren vom 1. 10. 21 an die Erstattung des Werts der Zusatzmarken verlangen. Zu dem Betrage werden für jedes volle Jahr, das seit dem Umtausch der Quittungskarte, in welcher die Zusatzmarke verwendet wurde, bis zum Tage des Antrags auf Erstattung verflossen ist, 3½ v. H. Zinsen hinzugerechnet.

V. Verteilung der Renten, Gemeinvermögen, Sondervermögen.

Die sämtlichen Bestimmungen der RVO. über die Gemeinlast und Sonderlast, Gemeinvermögen und Sondervermögen sind gestrichen. § 1395 RVO. bestimmt jetzt nur noch, daß die Versicherungsanstalten ihre Einnahmen und ihr Vermögen selbständig verwalten. Die Verteilung der Rentenlast ist nunmehr in folgender Weise geregelt: Die Rechnungsstelle des Reichsversicherungsamts verteilt die für die Versicherungsanstalten geleisteten Zahlungen auf das Reich und die Versicherungsanstalten. Die Belastung des Reichs wird unter Zugrundelegung der Zahlen der laufenden und der neu bewilligten Renten nach Maßgabe der Reichszuschüsse von 50 M. und 25 M. zu jeder Rente vermittelt. Das Reichsversicherungsamt bestimmt das Nähere hierüber.

Jeder Versicherungsträger wird mit einem Zehntel der Beträge belastet, die an Empfänger von ihm festgesetzter Renten gezahlt worden sind. Alle übrigen Zahlungen werden, soweit sie nicht dem Reiche zur Last fallen, auf sämtliche Versicherungsträger nach Maßgabe ihrer Beitragseinnahmen in den letzten drei Geschäftsjahren verteilt.

VI. Zusammentreffen mit Unfallrenten.

An der Vorschrift des § 1522 RVO., nach der die Träger der Invalidenversicherung keine Renten zu gewähren haben, wenn die Invalidität, d. h. die Beschränkung der Erwerbsfähigkeit um mehr als 66⅔ v. H. oder der Tod durch einen vom Träger der Unfallversicherung entschädigten Betriebsunfall herbeigeführt sind, ist nichts geändert worden. Dagegen ist die Vorschrift des § 1311 RVO., nach der die Renten der Invaliden und Hinterbliebenenversicherung neben Unfallrenten ruhten, wenn beide zusammen einen gewissen Höchstbetrag übersteigen, gestrichen worden. Ein Ruhen der Rente wegen Bezugs von Unfallrente gibt es also nicht mehr. Die Streichung des § 1311 RVO. tritt am 1. 10. 21 in Kraft. Bis dahin ruhen also die Renten, wenn die Voraussetzungen für das Ruhen nach § 1311 RVO. erfüllt sind. Die schon oben erwähnte Übergangsvorschrift des neuen Gesetzes, nach welcher Ansprüche und Leistungen, über die das Feststellungsverfahren am Tage der Verkündung des Gesetzes (3. 8. 21) schwebt, den Vorschriften des neuen Gesetzes unterliegen, gilt auch hier. Die Versicherungsanstalt kann also seit dem 3. 8. 21 keine Rente wegen Bezugs von Unfallrente nach § 1311 RVO. mehr einstellen, weil sie im Einstellungsverfahren bereits das neue Gesetz anwenden müßte. Auch Einstellungsbescheide, die vor dem 3. 8. 21 erlassen, aber rechtzeitig durch Berufung angefochten sind, müssen in der Berufungsinstanz aufgehoben werden, weil das Oberversicherungsamt seiner Entscheidung das neue Gesetz zugrunde zu legen hat.

Nicht geregelt sind in dem neuen Gesetz die Fälle, in denen die Renten nach § 1311 RVO. vor dem 3. 8. 21 rechtskräftig eingestellt sind; es wird also nicht bestimmt, daß diese Renten vom 1. 10. 21 an wieder in Lauf zu setzen sind. Die Entwicklung des Rechts der Invalidenversicherung bietet aber ein Vorbild. Nach § 48 IVG. ruhten die Renten der Invalidenversicherung neben Pensionen, Wartegeldern und ähnlichen Bezügen. Diese Vorschrift wurde durch die RVO. gestrichen, und es wurde damals durch Art. 61, 80 EinfGes. RVO. bestimmt, daß, soweit eine festgestellte Rente nach altem, aber nicht nach neuem Rechte ruht, für sie

Digitized by Google

die Vorschriften der RVO. über Ruhen der Rente vom Tage des Inkrafttretens dieser Vorschriften zu gelten haben; in solchen Fällen mußte ein neuer Bescheid erteilt werden. Daraus, daß das Gesetz vom 23. 7. 21 eine solche Vorschrift nicht enthält, kann m. E. nur gefolgert werden, daß rechtskräftig eingestellte Renten vom 1. 10. 21 an nicht wieder in Lauf zu setzen sind. Die Vorschriften des Einführungsgesetzes zur RVO. können m. E. nicht angewendet werden, da dieses Gesetz eben nur der Einführung der RVO. diente. Eine entsprechende Anwendung des Einführungsgesetzes halte ich nicht für angängig. Die Wirkung rechtskräftig gewordener Bescheide kann nur durch ausdrückliche gesetzliche Vorschriften beseitigt werden. Hat der Gesetzgeber dieses Ergebnis nicht gewollt, so läßt sich Abhilfe nur durch Ergänzung des neuen Gesetzes schaffen.

VII. Erlöschen der Anwartschaft.

Die Vorschriften über das Erlöschen der Anwartschaft sind nicht geändert worden. Es ist aber die Verordnung vom 9. 2. 19 (RGBl. S. 191) in das Gesetz in veränderter Fassung derart in das Gesetz hineingearbeitet worden, daß § 1280 RVO. folgenden Abs. 2 erhalten hat:

„Die Anwartschaft gilt nicht als erloschen, wenn die zwischen dem erstmaligen Eintritt in die Versicherung und dem Versicherungsfall liegende Zeit zu mindestens drei Vierteln durch ordnungsmäßig verwendete Beitragsmarken belegt ist."

Dazu ist folgendes zu bemerken. Wenn jetzt in Abweichung von dem früheren Wortlaut ausdrücklich bestimmt wird, daß als Eintritt in die Versicherung der erstmalige Eintritt gilt, so mußte dasselbe auch schon nach der Verordnung vom 9. 2. 19 angenommen werden. Weiter wird jetzt bestimmt, daß die Anwartschaft als nicht erloschen gilt, wenn die Voraussetzungen des § 1280 Abs. 2 RVO. erfüllt sind, während nach der Verordnung vom 9. 2. 19 die Leistungen trotz Erlöschens der Anwartschaft zu gewähren waren.

VIII. Anrechnung von Ersatztatsachen.

Nach § 1393 RVO. wurden Krankheitszeiten und Militärdienstzeiten als Ersatztatsachen angerechnet, und zwar in Lohnklasse II. Das neue Gesetz hat die Nr. 1 des § 1393 RVO. über die Anrechnung der Militärdienstzeiten gestrichen und bestimmt, daß Krankheitswochen in der Lohnklasse B angerechnet werden. Diese Bestimmung tritt am 1. 10. 21 in Kraft. Neu hinzugefügt ist in § 1393 RVO. folgender Abs. 2: „Der Reichsarbeitsminister kann bestimmen, in welchen weiteren Fällen eine Anrechnung von Beitragswochen in der Lohnklasse B stattfindet, ohne daß Beiträge entrichtet zu werden brauchen."

Die Übergangsbestimmungen enthalten dann noch folgende Bestimmung:

„Als Beitragswochen der Lohnklasse B werden die vollen Wochen angerechnet, in denen der Versicherte in Mobilmachungs- oder Kriegszeiten zur Erfüllung der Wehrpflicht eingezogen gewesen ist oder freiwillig militärische Dienstleistungen getan hat.

Als Beitragswochen der Lohnklasse A werden die vollen Wochen angerechnet, in denen der Versicherte

1. zur Erfüllung der Wehrpflicht in Friedenszeiten eingezogen gewesen ist,
2. wegen einer Krankheit zeitweise arbeitsunfähig und nachweislich verhindert gewesen ist, seine Berufstätigkeit fortzusetzen.

Die in Abs. 1 und 2 bezeichneten Wochen werden jedoch nur denen angerechnet, die vorher berufsmäßig und nicht nur vorübergehend versicherungspflichtig beschäftigt gewesen sind."

Diese Übergangsbestimmungen gelten für diejenigen Ersatztatsachen, die vor dem 1. 10. 21 liegen.

IX. Rückversicherungsverbände.

Die Bestimmung des § 1401 RVO. über die Bildung von Rückversicherungsverbänden ist gestrichen worden.

X. Sonderanstalten.

Die auf Grund der §§ 1360—1380 RVO. zugelassenen Sonderanstalten gelten ohne neue Zulassung durch den Reichsrat bis zum 31. 12. 22 als zugelassen. Sie müssen bis dahin die Leistungen nach Maßgabe des neuen Gesetzes gewähren. Die Aufsichtsbehörde bestimmt den Tag, bis zu welchem die Sonderanstalten die erforderlichen Änderungen ihrer Satzung zu beschließen haben. Kommt eine Sonderanstalt der Anordnung nicht rechtzeitig nach, so ändert die Aufsichtsbehörde die Satzung.

Digitized by Google

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Bei Streit zweier Versicherungsträger trägt die Barauslagen (§ 59 Abs. 2 RVO.) jeder zur Hälfte.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 27. Januar 1921 (II 346).

In der Streitsache einer Allgemeinen Ortskrankenkasse gegen eine Berufsgenossenschaft ist die Klägerin mit ihrem gemäß § 1514 RVO. erhobenen Anspruch auf Ersatz der Kosten der Krankenbehandlung des durch Unfall verletzten Heizers T. durch Urteil des Versicherungsamts abgewiesen worden. Das Versicherungsamt hat die Barauslagen des Verfahrens in Höhe von 3,35 M. gemäß § 59 Abs. 2 RVO. der Sektion II der Berufsgenossenschaft auferlegt. Hiergegen hat letztere Beschwerde eingelegt. Das Oberversicherungsamt hat die Sache gemäß §§ 1799, 1693 RVO. an das Reichsversicherungsamt abgegeben. Dieses hat entschieden, daß jeder der beiden Versicherungsträger die Hälfte der in ihrer Streitsache entstandenen Barauslagen zu tragen hat. — Gründe:

Das Reichsversicherungsamt hat sich bereits in den in seinen Amtl. Nachr. von 1915 S. 788 unter Nr. 2127 veröffentlichten Entscheidungen mit der Frage befaßt, wie der gemäß § 80 Abs. 2 RVO. aufzubringende Pauschbetrag in dem Falle zu verteilen ist, wenn zwei Versicherungsträger an dem Spruchverfahren vor dem Oberversicherungsamt beteiligt sind. In der Entsch. 2127 ist ausgeführt worden, daß, da die Zahlungspflicht der Versicherungsträger allgemein im Falle ihrer Beteiligung an einer Spruchsache eintreten soll, es folgerichtig erscheine, jedem Versicherungsträger die Hälfte des Pauschbetrages aufzuerlegen. Die Verpflichtung zur Zahlung des Pauschbetrages könne nicht davon abhängig gemacht werden, ob der Versicherungsträger in dem Verfahren obgesiegt habe oder nicht. Hiernach ist es auch unerheblich, welcher Versicherungsträger die Feststellungsklage erhoben hat.

Diese Grundsätze sind sinngemäß auch dann anzuwenden, wenn es sich, wie vorliegend, um die Barauslagen des Verfahrens handelt, die die Versicherungsträger den Versicherungsämtern gemäß § 59 Abs. 2 RVO. zu erstatten haben. Der wesentliche Unterschied zwischen § 80 Abs. 2 und § 59 Abs. 2 besteht darin, daß nach der ersteren Vorschrift die Versicherungsträger für jede vor einem Oberversicherungsamt verhandelte Sache, an der sie beteiligt sind, einen „Pauschbetrag" zu entrichten haben, während § 59 Abs. 2 vorschreibt, daß die Versicherungsträger die in Spruchsachen tatsächlich entstandenen „Barauslagen" des Verfahrens mit einigen, hier nicht in Betracht kommenden Einschränkungen zu erstatten haben. Die Grundsätze, nach denen die Pauschbeträge und die Barauslagen aufzubringen sind, sind die gleichen. Können hiernach die in den angezogenen Entscheidungen 2127 ausgesprochenen Grundsätze unbedenklich auf den vorliegenden Fall angewendet werden, so bedeutet dies, daß jeder Versicherungsträger die Hälfte der in ihrer Streitsache entstandenen Barauslagen zu tragen hat.

Pauschgebühren für Portokosten in Spruchsachen.

Erlaß der **Minister für Volkswohlfahrt, der Finanzen und des Innern** vom 6. Juni 1921 (MinBl. d. inn. Verw. S. 179).

Nach § 59 Abs. 2 RVO. (vgl. Ziff. II, 5 des Runderlasses vom 11. Oktober 1912 — I c 3085 —)*) haben die Versicherungsträger auch die in Spruchsachen entstehenden Portokosten der Staatskasse zu erstatten, soweit sie nicht gemäß § 1802 a.a.O. einem Beteiligten mit auferlegt werden. Da die bisherige Berechnung und Einziehung der Portokostenbeträge zu erheblichen Weiterungen geführt haben, ist von verschiedenen Seiten angeregt worden, an die Stelle der Erstattung der in den einzelnen Fällen tatsächlich aufgelaufenen Portokosten die Zahlung einer Pauschgebühr treten zu lassen. Entsprechend diesem Vorschlage bestimmen wir im Einverständnis mit dem Reichsversicherungsamt, daß vom 1. Juli 1921 ab in sämtlichen Versicherungszweigen die im § 59 Abs. 2 RVO. mit vorgesehene Portokostenerstattung seitens der Versicherungsträger in Form der Zahlung einer Pauschgebühr von 4 *M* für jede Spruchsache zu erfolgen hat. Dabei halten wir uns eine anderweite Festsetzung der Pauschgebühr für den Fall einer etwaigen weiteren Erhöhung der Portosätze vor.

Von einer Pauschalierung aller gemäß § 59 Abs. 2 a. a. O. von den Versicherungsträgern in Spruchsachen zu erstattenden Barauslagen ist einstweilen abgesehen worden.

Vordrucke gehören nicht zu den Barauslagen im Sinne des § 59 Abs. 2 RVO.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 17. Juni 1921 (II K. 35/21 B.).

Das Versicherungsamt Stuttgart hat in der Streitsache gegen die Allgemeine Ortskrankenkasse der Stadt B. wegen Leistungen aus der Kranken-

---

*) Zu vgl. Erlaß vom 11. 10. 12 in ArbVers. 1912 S. 772.

Digitized by Google

versicherung den Betrag der im Kalenderjahr 1920 nach § 59 Abs. 2 RVO. von dem Versicherungsträger zu erstattenden Barauslagen auf 21,20 ℳ festgesetzt und die Zusammenstellung der Ortskrankenkasse zugehen lassen. Die Kasse hat Beschwerde erhoben, weil nach der grundsätzl. Entsch. des RVA. vom 11. November 1914 (Amtl. Nachr. 1914 S. 781 Nr. 1929) der Begriff der „Barauslagen des Verfahrens" im Sinne des § 59 Abs. 2 der RVO. aus dem Gesetz zu erklären sei und eine abweichende Begrenzung durch die Landesverwaltung nicht zulasse. Unter Kosten des Verfahrens seien nach der Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 3. Juli 1914 (Amtl. Nachr. 1914 S. 676 Nr. 2741) solche Kosten zu verstehen, die im einzelnen Streitfall erwachsen und sofort ausscheidbar seien.

Das Oberversicherungsamt hat die Sache nach §§ 1799, 1693 RVO. zur grundsätzlichen Entscheidung an das Reichsversicherungsamt abgegeben und sich dahin geäußert, daß die Beschwerde unbegründet sei. Das Reichsversicherungsamt hat aber die Beschwerde für begründet erachtet. — Gründe:

Wie bereits das Oberversicherungsamt im Abgabebeschlusse zutreffend bemerkt hat, kann der württemb. Ministerialverfügung vom 26. März 1913 (MinBl. S. 81), nach welcher die Kosten der Vordrucke zu den von den Versicherungsträgern in Spruchsachen zu erstattenden Barauslagen (§ 59 Abs. 2 RVO.) gehören, keine maßgebende Bedeutung für die entscheidende Behörde beigemessen werden. Sie hat vielmehr nur die Bedeutung einer den Verwaltungsbehörden erteilten Anweisung (zu vgl. auch Entsch. 2399 Amtl. Nachr. des RVA. 1917 S. 616). Im übrigen war den Ausführungen der Beschwerdeführerin beizutreten. Das Reichsversicherungsamt hat in der grundsätzl. Entsch. 2741 (Amtl. Nachr. 1914 S. 676) ausgeführt, daß die Kanzleigebühren im wesentlichen deshalb nicht zu den zu erstattenden Barauslagen des Verfahrens gehören, weil sie nicht aus dem Rahmen der gewöhnlichen Verwaltungskosten herausfallen und sich von den übrigen Kosten der Gerichtshaltung nicht trennen lassen. Daraufhin ist auch der preußische Ministerialerlaß vom 11. Oktober 1912 (MinBl. der preuß. Handels- und Gewerbeverwaltung S. 529) durch einen weiteren Erlaß vom 17. Dezember 1914 (daselbst 1915 S. 9) dahin geändert worden, daß zu den von den Versicherungsträgern zu erstattenden baren Auslagen künftig nur solche Kanzleigebühren zu rechnen seien, welche aus Anlaß besonders erbetener Abschriften (von Gutachten und dergleichen) entstehen. Da nun Vordrucke im allgemeinen nur dazu dienen, das Schreibwerk zu ersetzen, so können sie nicht anders behandelt werden, als die Kanzleigebühren selbst. Daher können die durch ihre Beschaffung entstehenden Kosten nicht als nach § 59 Abs. 2 RVO. zu erstattenden Barauslagen angesehen werden. Auch in den Bestimmungen über die Kosten der Schiedsgerichte für Arbeiterversicherung vom 29. Januar 1902 sind übrigens die Kosten für Formulare zu den Kosten der Gerichtshaltung gerechnet worden. Die gegenteilige Auffassung würde außerdem insofern bedenklich sein, als dann den Versicherungsämtern die Möglichkeit gegeben wäre, durch weitgehende Einführung von Vordrucken einen Teil der Kanzleigebühren auf die Versicherungsträger abzuwälzen.

B. Zur Krankenversicherung.

Krankenversicherung Erwerbsloser nach §§ 214 und 313 RVO.

Bescheid des **Reichsarbeitsministers** vom 18. Juni 1921 (III C 6037/21).

Meines Erachtens bestehen keine Bedenken, die Krankenversicherung Erwerbsloser, die auf Grund des § 12b Abs. 1 der Reichsverordnung über Erwerbslosenfürsorge erfolgt, der Krankenversicherung, die nach der Reichsversicherungsordnung besteht, auch darin gleichzustellen, daß die in den §§ 214 und 313 RVO. erforderten Fristen durch jede der beiden Arten der Versicherung erfüllt werden können. Für diese Auffassung spricht nicht nur die allgemeine Fassung des § 12b Abs. 5 der Reichsverordnung über Erwerbslosenfürsorge, sondern auch die ganze, in den Vorschriften über die Krankenversicherung Erwerbsloser zum Ausdruck kommende gesetzgeberische Tendenz, die Krankenversorgung der Erwerbslosen möglichst der der in der Arbeit Erkrankten anzunähern.

Kann das Ruhen der Rechte und Pflichten nach § 517 RVO. für eine Zeit erwirkt werden, in der das Beschäftigungsverhältnis bereits gelöst ist, die Pflichtmitgliedschaft aus § 311 aber fortdauert?

Urteil des **Versicherungsamts der Stadt Mainz** vom 9. August 1921.

W. war vom 12. August 1921 ab bei M. versicherungspflichtig beschäftigt. Am 6. März 1921 ist er arbeitsunfähig erkrankt. Am 17. März 1921 hat die Arbeitgeberin das Beschäftigungsverhältnis auf Grund des § 72 Ziff. 3 HandGesB. gelöst. Die Krankenkasse hat dem Kläger bis zum 31. März 1921 Krankenpflege in Mainz gewährt und Krankengeld. Vom 1. April 1921 ab hat sie ihre Leistungen eingestellt, weil von da ab der Antrag des W. auf Ruhen seiner Rechte und Pflichten bei ihr wirksam geworden sei. W. hat nämlich am 4. Februar 1921 auf Grund des § 530 Abs. 2 RVO. bei der Kasse beantragt, daß vom 1. April 1921 ab seine Rechte und Pflichten bei ihr ruhen. Zugleich hatte er nachgewiesen, daß er seit dem 1. Februar 1921 Mitglied einer Ersatzkasse ist. Der Nachweis ist durch einen Mitgliedsausweis geführt. Die Kran-

Digitized by Google

kenkasse hat dem Antrag entsprochen. Später hat die Ersatzkasse dem Kläger gegenüber bestritten, daß er am 1. Februar ihr Mitglied geworden sei. Sie behauptet, der Kläger habe ihr am 18. März 1921 mitgeteilt, er wolle erst am 1. April 1921 der Ersatzkasse beitreten. Er sei daraufhin für den 1. April 1921 als Mitglied vorgemerkt worden. Die Ersatzkasse hat deshalb die Leistung von Krankenhilfe verweigert. W. hat angeblich bei dem Amtsgericht gegen die Ersatzkasse Klage auf Leistung von Krankenhilfe erhoben. Die Entscheidung steht nach seinen Angaben noch aus. W. ist über den 1. April 1921 hinaus arbeitsunfähig krank.

Der Kläger hat Entscheidung des Versicherungsamts und Verurteilung der Ortskrankenkasse zur Weiterleistung der Krankenhilfe über den 1. April 1921 hinaus beantragt, weil sein Antrag auf Ruhen der Mitgliedsrechte durch die Lösung des Beschäftigungsverhältnisses am 17. März 1921 gegenstandslos geworden und deshalb am 1. April 1921 nicht in Kraft getreten sei. Außerdem habe er sich rechtzeitig bei der Kasse auf Grund des § 313 RVO. freiwillig weiterversichert. Daß er nicht am 1. Februar, sondern erst am 1. April 1921 Mitglied der Ersatzkasse geworden ist, bestreitet er. — Die beklagte Ortskrankenkasse hat die Abweisung der Klage beantragt. Das Versicherungsamt hat nach erhobenem Beweise die Kasse zur Weitergewährung der Krankenhilfe über den 1. April hinaus verurteilt. — Gründe:

Zur Entscheidung des Streites ist zu prüfen: 1. ob W. einen rechtsverbindlichen Antrag auf Ruhen seiner Rechte und Pflichten bei der Beklagten mit Wirkung vom 1. April 1921 (§ 520 Abs. 2 RVO.) gestellt hat, 2. ob W. am 17. März 1921 aus der Pflicht- und Mitgliedschaft bei der Beklagten ausgeschieden und 3. ob dadurch der Antrag auf Ruhen der Rechte und Pflichten am 1. April 1921 nicht in Kraft getreten ist.

Der Antrag vom 4. Februar 1921 ist sowohl seiner Form als auch seinem Inhalt nach nicht zu beanstanden. Auch der Beweis der Mitgliedschaft bei der Ersatzkasse seit dem 1. Februar 1921 ist durch die Vorlegung des bereits beschriebenen Mitgliedsausweises einwandfrei geführt worden. Der nachträglichen Behauptung der Ersatzkasse, daß der zwischen ihr und W. abgeschlossene Versicherungsvertrag erst am 1. April 1921 in Wirksamkeit getreten sei, kann der Spruchausschuß keinen Glauben schenken. Er hat vielmehr auf Grund des von dem Vorstand der Ersatzkasse ausgestellten Mitgliedsausweises angenommen, daß der Versicherungsvertrag mit Wirkung vom 1. Februar 1921 rechtsgültig geschlossen worden ist.

Die Entscheidung über die zweite Frage hängt davon ab, ob der Arbeitgeber am 17. März 1921 das Beschäftigungsverhältnis für sechs Wochen später gekündigt, oder ob er es an diesem Tage mit sofortiger Wirkung gelöst hat. Die Auskunft des Arbeitgebers vom 15. Juli 1921 läßt das letztere einwandfrei erkennen. Der Arbeitgeber hat das Beschäftigungsverhältnis deshalb mit sofortiger Wirkung gelöst, weil ihm W. mitgeteilt hat, daß er voraussichtlich noch monatelang arbeitsunfähig krank sei. Der Arbeitgeber war in diesem Falle auf Grund des § 72 Abs. 3 HandGesB. berechtigt, das Dienstverhältnis ohne Einhaltung einer Frist zu kündigen. Die Tatsache, daß der Arbeitgeber das Gehalt für den Zeitraum von sechs Wochen fortgezahlt hat, beweist nicht, wie die Beklagte zu Unrecht annimmt, daß das versicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnis noch sechs Wochen fortgedauert hat. Denn diese Leistung des Arbeitgebers beruht im vorliegenden Fall auf einem besonderen Rechtsgrund, nämlich auf den §§ 63 Abs. 1 und 72 Abs. 2 a. a. O. Danach behält der Handlungsgehilfe, wenn er durch unverschuldetes Unglück an der Leistung der Dienste verhindert wird, seinen Anspruch auf Gehalt bis zur Dauer von sechs Monaten. Die Angaben des Arbeitgebers in der Erklärung vom 6. August 1921 stehen mit den Angaben in der Auskunft vom 15. Juli 1921 nicht im Widerspruch. Hiernach steht fest, daß der Arbeitgeber am 17. März 1921 auf die weiteren Dienste des W. verzichtet hat und daß damit das Beschäftigungsverhältnis beendet war.

Zur Entscheidung der 3. Frage ist zu untersuchen, welche Bedeutung die Worte „für Versicherungspflichtige" am Eingang des § 517 der RVO. haben. Das Reichsversicherungsamt hat entschieden, daß im Falle des § 519 der RVO. der Antrag auf Ruhen der Rechte und Pflichten nicht deshalb unwirksam ist, weil er vor dem Beginn des versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses gestellt worden ist. Der Antrag nach § 519 der RVO. wirkt frühestens von Beginn der Versicherungspflicht ab. Weiter hat es entschieden, daß das Ruhen der Rechte und Pflichten als Mitglied der Zwangskrankenkasse nicht gegenstandslos wird, wenn der Versicherte lediglich den Arbeitgeber wechselt, und im Kassenbezirk die neue versicherungspflichtige Beschäftigung innerhalb einer Woche aufnimmt (zu vgl. Amtliche Nachrichten von 1916 S. 186, Nr. 2422 und Amtliche Nachrichten von 1916 S. 813 Nr. 2298).

Zu der hier interessierenden Frage, ob in den beiden Fällen des § 520 a. a. O. zur Zeit des Inkrafttretens des Antrags Versicherungspflicht bestehen muß, hat, soweit das Versicherungsamt übersehen kann, bis jetzt weder Rechtsprechung noch Schrifttum Stellung genommen. Der Spruchausschuß hat angenommen, daß der Antrag nach § 520 nur dann wirksam werden kann, wenn zur Zeit der Verwirklichung des Antrags Versicherungspflicht vorliegt. Dieses Urteil ergibt sich schon aus der Deduktion, daß, wenn keine Versicherungspflicht besteht, die sich aus ihr ergebenden Rechte und Pflichten auch nicht ruhen können. Daß der Antrag einfach für die Zukunft wirkt, kann nicht angenommen werden. Das Gesetz setzt für Fälle des § 520 einen besonderen Zeitpunkt für den Eintritt

Digitized by Google

des Ruhens der Rechte und Pflichten fest. Zu diesem Zeitpunkt müssen alle Bedingungen, die das Gesetz von dem Eintritt des Ruhens der Rechte und Pflichten abhängig macht, erfüllt sein. Von diesem Rechtsstandpunkt aus hat das Reichsversicherungsamt entschieden, daß bei Anträgen auf Grund des § 520 der Beitritt zur Ersatzkasse spätestens vor dem Inkrafttreten des Antrags nachgewiesen werden muß. (Entsch. Nr. 2185 Amtl. Nachr. 1916 S. 435.)

Zur Klarstellung der Rechtslage muß noch hervorgehoben werden, daß die seit dem 17. 3. 21 bestehende Mitgliedschaft des W. bei der Beklagten nach § 311 RVO. keine Pflichtmitgliedschaft ist, da seit dieser Zeit kein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis besteht. Die Rechte aus der Mitgliedschaft nach § 311 können deshalb auch nicht durch die aus dem Antrag nach §§ 517, 520 der RVO. entstandenen Rechtsfolgen beeinflußt werden. Hiernach hat der Spruchausschuß mit Recht angenommen, daß durch die dauernde Beendigung der Pflichtmitgliedschaft des W. bei der beklagten Kasse am 17. März 1921 der Antrag auf Ruhen der Mitgliederrechte und -pflichten am 1. April 1921 nicht in Wirksamkeit getreten ist. Der Kläger hat hiernach über den 1. April hinaus für die Dauer der Krankheit Anspruch auf Krankenhilfe.

Bei dieser Sachlage konnte der Spruchausschuß von der Prüfung der von dem Kläger angeschnittenen Frage Abstand nehmen, ob er sich am 20. April 1921 mit Recht bei der Beklagten freiwillig weiterversichert hat, und ob dadurch seine Ansprüche aus dem laufenden Versicherungsfall vom 1. April 1921 ab wieder aufgelebt sind.

Anmerkung: Die für das Urteil des Versicherungsamts entscheidende Rechtserwägung beruht auf Irrtum. Nach § 517 RVO. ruhen „für Versicherungspflichtige, die Mitglieder einer Ersatzkasse sind", auf ihren Antrag die eigenen Rechte und Pflichten als Mitglieder der Krankenkasse. Nun kann man allerdings sagen, daß ein Versicherter, dessen versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis gelöst ist, kein „Versicherungspflichtiger" mehr ist, auch wenn er noch wegen Arbeitsunfähigkeit und Fortbezugs von Kassenleistungen nach § 311 RVO. Mitglied der Kasse bleibt. Allein so streng wörtlich darf der Ausdruck hier — und im § 520 — nicht genommen werden (zu vgl. über eine freiere Auslegung in anderer Hinsicht: Gründe der Entsch. des RVA. 2422 Amtl. Nachr. 1918 S. 186, ArbVers. 1918 S. 50). Gemeint ist im § 517, wenn man den Zusammenhang der Worte beachtet, offenbar: daß Personen, die auf Grund der Versicherungspflicht Mitglieder einer Krankenkasse sind, das Ruhen ihrer Rechte und Pflichten bei dieser Kasse beantragen können, wenn sie zugleich Mitglieder einer Ersatzkasse sind. Wer aber auf Grund der Versicherungspflicht Mitglied einer Krankenkasse geworden ist, „bleibt" Pflichtmitglied unter den Voraussetzungen des § 311 auch über die Lösung des versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnisses hinaus und kann daher, solange diese verlängerte Pflichtmitgliedschaft dauert, immer noch das Ruhen seiner Rechte und Pflichten aus dieser Mitgliedschaft erlangen, wenn er einen begründeten Antrag rechtzeitig gestellt hat (§§ 517, 519, 520). Die gegenteilige Auffassung des Versicherungsamts, „daß, wenn keine Versicherungspflicht besteht, die sich aus ihr ergebenden Rechte und Pflichten auch nicht ruhen können", ist sonach hinfällig in dem Falle, daß zwar nicht mehr die Versicherungspflicht, wohl aber die durch sie begründete, nach § 311 fortdauernde Pflichtmitgliedschaft mit allen Rechten und Pflichten (Anspruch auf Leistungen, Wahlrechte, Pflicht zur Ausübung eines Ehrenamts usw.) besteht, so daß sehr wohl auch ein fortdauerndes Interesse und ein Recht, das Ruhen dieser Rechte und Pflichten zu erwirken, anzuerkennen ist.

C. Zur Unfallversicherung.

Neugierde und Spielerei oder Wißbegierde? Betriebsunfall?

Rek. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** (9. Sen.) vom 14. April 1921.

Das Oberversicherungsamt hat zu Unrecht einen Betriebsunfall für vorliegend erachtet. Es mag richtig sein, daß der Kläger aus Anlaß einer Betriebstätigkeit, nämlich beim Suchen nach Schrauben, in dem Magazin den elektrischen Zündapparat entdeckt und ihn von dem Regal heruntergenommen und auf den Tisch gestellt hat, um nachzusehen, ob sich etwa darin Schrauben befinden könnten. Beim Öffnen des Holzkastens mußte er aber sofort erkennen, daß sich keine Schrauben darin befanden. Denn er hat selbst angegeben, daß der Kasten einen ihm unbekannten Apparat enthielt, den er genauer beschrieben hat. Wenn er nun den Kasten, nachdem er sich davon überzeugt hatte, daß sich keine Schrauben darin befanden, nicht weggestellt hat, sondern sich zusammen mit seinem Mitlehrling N. an dem Apparat zu schaffen machte, so geschah dieses nach der Überzeugung des erkennenden Senats nur aus Neugierde und Spielerei. Dafür spricht auch die Tatsache, daß der Kläger den Lehrling N., wie dieser und der Zeuge Sch. angegeben haben, in das Magazin hereingerufen hat, worauf er ihn fragte, ob er wisse, was das für ein Apparat sei. Bei der Untersuchung des Zündkastens durch die beiden Lehrlinge ist dann die Explosion erfolgt, durch die sie verletzt worden sind. Wenn auch der Kläger sonach auf der Betriebsstätte und durch eine Betriebseinrichtung den Unfall erlitten hat, so erlag er doch nicht einer durch seine Betriebstätigkeit hervorgerufenen, sondern einer dadurch selbstgeschaffenen Gefahr, daß er sich an der Betriebseinrichtung ledig-

Digitized by Google

lich aus Spielerei, also zu einem dem Betriebe völlig fremden Zwecke, zu schaffen machte. Unfälle aus derartigem Anlaß hat das Reichsversicherungsamt in ständiger Spruchübung nur bei Kindern als entschädigungspflichtige Betriebsunfälle angesehen, weil diese infolge ihrer spielerischen Neigungen ohne genügende Beaufsichtigung einer besonderen Gefahr des Betriebes ausgesetzt sind (zu vgl. Handb. der Unfallversf., 3. Aufl. Bd. I S. 79, Anm. 32 Abs. 5 zu § I des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes). Da der zur Zeit des Unfalls bereits im 17. Lebensjahre stehende Kläger als Kind nicht mehr angesehen werden kann, so kommt eine mangelnde Beaufsichtigung aber nicht in Frage. Dem rechtzeitig eingelegten Rekurse der Beklagten war daher der Erfolg nicht zu versagen.....

Anmerkung der Schriftleitung: Die Entscheidung erscheint hart und unter rechtlichen Gesichtspunkten nicht unbedenklich. Der Verletzte war allerdings nicht mehr ein Kind, aber doch immerhin ein Jugendlicher, ein Lehrling im 17. Lebensjahre, dem man den begreiflichen Trieb, sich mit den Einrichtungen im Bereiche seiner Betriebstätigkeit wohl nachsehen und nicht ohne weiteres als kindische Spielerei und Neugierde zur Last legen darf. Bei einigem Wohlwollen und Verständnis für die Seele solcher jungen, in die reiche Mannigfaltigkeit verschiedenster Betriebseinrichtungen gestellten jungen Leute, die sich als Lehrlinge darin umschauen und bemüht sein sollen, diese Einrichtungen und ihre Bestimmung zu verstehen, hätte man eher von Wißbegierde als von Neugierde sprechen sollen. Und da dem jungen Manne der verhängnisvolle, gefährliche und offenbar als solcher nicht gekennzeichnete und nicht entsprechend verwahrte Kasten bei Ausübung seiner Betriebstätigkeit in die Hände gekommen war, so darf man wohl sagen, daß er einer Betriebsgefahr erlegen ist, wenn er sich bei dem Versuche, Art und Zweck des Apparates zu ergründen, eine Verletzung zugezogen hat.

Anspruch auf Zulage aus Vrdg. v. 5. 5. 20 trotz Wegfalls der Rente vor dem Inkrafttreten dieser Vrdg.

Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 23. März 1921 (Ia 3068/20).

Die Berufsgenossenschaft versagte die Zulage zu der Rente der hinterbliebenen Tochter des Verletzten, weil diese noch vor dem Inkrafttreten der Vrdg. vom 5. 5. 20 fünfzehn Jahre alt geworden, ihre Rente also weggefallen war. Das Oberversicherungsamt gab die Sache gemäß § 1693 RVO. zur grundsätzlichen Entscheidung an das Reichsversicherungsamt ab. Dieses hob den Bescheid der Berufsgenossenschaft auf und sprach die Zulage zu aus folgenden Gründen:

Die Verordnung vom 5. Mai 1920 bezweckt eine Besserstellung der Rentenempfänger zur Vermeidung ihrer wirtschaftlichen Bedrängnis infolge der allgemeinen Teuerung. Sie ist an die Stelle früherer Verordnungen getreten, die schon seit dem 1. Februar 1918 Zulagen zu Renten eingeführt haben, und hat in der Erkenntnis, daß weder die Höhe der bisherigen Zulagen noch der Kreis der bisher berücksichtigten Rentenempfänger dem Bedürfnis gerecht wird, den Betrag der Zulagen erhöht und den Kreis der Berechtigten erweitert. Dies gilt nach ausdrücklicher Bestimmung für die Zeit vom 1. Januar 1920 ab. Mit Rücksicht auf diese Rechtsentwicklung muß angenommen werden, daß die Bestimmungen der Verordnung allen denen zugute kommen sollen, die seit diesem Zeitpunkte entsprechende Renten bezogen haben. Es kann daher nicht entscheidend sein, ob die Rente beim Inkrafttreten der Verordnung noch lief, wenn sie nur noch für die Zeit nach dem 31. Dezember 1919 zu gewähren war. Tatsächlich wäre auch nicht einzusehen, weshalb jemand, dessen Rente in dem angegebenen Zeitraum weggefallen ist, bis zum Tage ihres Fortfalls der Zulage zur Linderung der Not nicht ebenso bedürftig gewesen sein sollte wie derjenige, welcher bis zum Inkrafttreten der Verordnung im Genuß der Rente geblieben ist. Hieraus ergibt sich, daß es sich nur um eine ungenaue Ausdrucksweise handelt, wenn in den §§ 1 und 5 der Verordnung von Personen die Rede ist, die eine Rente „beziehen". Es kommen vielmehr alle für die Gewährung der Rentenzulagen in Betracht, die, wenn auch nicht mehr am Tage des Inkrafttretens der Verordnung, so doch in der Zeit zwischen diesem Tag und dem 1. Januar 1920 eine entsprechende Rente bezogen haben, so daß also ein Anspruch auf die Rentenzulagen aus der Verordnung vom 5. Mai 1920 auch dann besteht, wenn seine Voraussetzungen beim Inkrafttreten der Verordnung nicht mehr erfüllt waren. Daß in § 17 der Verordnung bestimmt ist, daß sie mit dem Tage ihrer Verkündung in Kraft tritt, steht dieser Auslegung nicht entgegen. Denn durch diese Bestimmung wird nicht geregelt, von wann ab die Verordnung wirksam ist; dies ist vielmehr unter Beachtung der in der Wissenschaft und Rechtsprechung aufgestellten Auslegungsregeln nach dem gesamten Inhalt der Verordnung zu beantworten. Danach ist die Antragstellerin für die Zeit, für die sie seit dem 1. Januar 1920 die Hinterbliebenenrente bezogen hat, d. h. für die Zeit vom 1. Januar bis zum 28. April 1920, auch zum Empfange der Zulage berechtigt.

Digitized by Google

D. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Gesetz über eine erhöhte Anrechnung der während des Krieges zurückgelegten Dienstzeit.

Vom 4. Juli 1921.

Der Reichstag hat das folgende Gesetz beschlossen, das mit Zustimmung des Reichsrats hiermit verkündet wird:

§ 1.

Bei der Berechnung von Ruhegehältern und Renten nach dem Reichsbeamtengesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 18. Mai 1907 (RGBl. S. 245), dem Offizierpensionsgesetz vom 31. Mai 1906 (RGBl. S. 565), dem Mannschaftsversorgungsgesetz vom 31. Mai 1906 (RGBl. S. 593) und dem § 7 des Pensionsergänzungsgesetzes vom 21. Dezember 1920 (RGBl. S. 2109) wird zu der in dem Zeitabschnitt vom 1. August 1914 bis 31. Dezember 1918 im Reichs- oder Militärdienst wirklich verbrachten Zeit, sofern sie mindestens sechs Monate betragen hat, die Hälfte hinzugerechnet.

Dies gilt nicht für

1. die Zeit, die nach § 46 Abs. 1 Nr. 1, 2, 4 §§ 50, 52 des Reichsbeamtengesetzes, den §§ 15 und 18 des Offizierpensionsgesetzes sowie dem § 5 Abs. 2 und dem § 8 des Mannschaftsversorgungsgesetzes als Dienstzeit angerechnet wird;
2. die Dienstzeit, die in ein Kalenderjahr fällt, in welchem der Versorgungsberechtigte als Kriegsteilnehmer den Anspruch auf Anrechnung eines Kriegsjahres erworben hat;
3. die Dienstzeit, die doppelt angerechnet wird.

Halbe Tage, die sich bei der Berechnung der Gesamtdienstzeit ergeben, werden nicht mitgezählt.

§ 2.

Dieses Gesetz tritt mit Wirkung vom 1. August 1914 in Kraft. Nachzahlungen für die Zeit vor dem 1. April 1920 finden nicht statt.

Sprechsaal.

Übersendung des Krankengeldes.

Die nicht verlangte Übersendung von Krankengeld geschieht auf Gefahr der Kasse. Das Oberschiedsgericht in Knappschaftsangelegenheiten hat am 8. Juni 1920 in obigem Sinne entschieden (ArbVers. 1921 Heft 8 S. 148). Es ging dabei von dem Grundsatz aus, daß Zahlungen aus öffentlichen Kassen — und als solche sind die Krankenkassen zu erachten — wenn nichts anderes bestimmt ist, von dem Berechtigten an der Kasse in Empfang zu nehmen sind. Die Zusendung des Krankengeldes ohne ausdrücklichen Antrag des Berechtigten erfolgt daher freiwillig. Damit wird aber auch die Gefahr der Zusendung übernommen und muß die Kasse für einen allenfallsigen Verlust des Geldes haften, denn von ihrer Zahlungsverpflichtung wird sie erst durch Aushändigung des Geldes an den Berechtigten befreit. Daher empfiehlt sich die Aufnahme einer Bestimmung in die Krankenordnung folgenden Inhalts:

„Die Barleistungen sind grundsätzlich bei der Kasse abzuholen. Erfolgt die Abholung nicht persönlich oder durch einen Beauftragten, so werden die Leistungen dem Berechtigten auf seine Gefahr und Kosten übersendet, wenn die erforderlichen Nachweise vorliegen."

Eine solche Bestimmung ist insbesondere bei den Kassen für ländliche Bezirke unentbehrlich, weil dort die Leistungen nur in den seltensten Fällen von den Berechtigten persönlich abgeholt werden. Das Krankengeld wird meist nach Einsendung eines Krankenscheines mit Postscheck übersendet, wobei die erwachsenden Kosten meist von der Kasse getragen werden.

Daß hierdurch die Kasse unter Umständen zu Schaden kommen kann, beweist die eingangs erwähnte Entscheidung, aus welcher hervorgeht, daß die Kasse Krankengeld an einen Berechtigten durch die Post übersendete. Das Geld wurde aber von einem Dritten, wahrscheinlich auf betrügerische Weise, in Empfang genommen, worauf der Berechtigte die nochmalige Zahlung des Krankengeldes beanspruchte. Die Kasse wurde aus obigen Rechtsgründen zur nochmaligen Zahlung des Krankengeldes verurteilt. P. K.

Wartezeit für Mehrleistungen der Krankenkassen. Ein Vorschlag zur Änderung des § 208 RVO.

Es ist an der Zeit, die Aufmerksamkeit einmal dem § 208 RVO. zuzuwenden. Als Kassenangestellter am Schalter hat man keine undankbarere Aufgabe als die, den vielen Versicherten, die aus Gründen des § 208 Satz 2 nicht in den Genuß der Mehrleistungen kommen können — und das sind hier in der höchsten Lohnklasse wöchentlich 36 M. Unterschied —, begreiflich zu machen, daß ihnen die Mehrleistungen nicht gewährt werden können. Die Krankenkassen sollen sich nach der Absicht des Gesetzgebers durch eine einschränkende Bestimmung gegen gewisse Mitglieder schützen dürfen. Nur sind die Kassen dann an den Satz 2 des § 208 gebunden, welcher eigentlich den Zweck hat, solche Mitglieder, die nur aus zwingenden Gründen ihren Arbeitgeber und damit ihre Kassenzugehörigkeit wechseln, vor Nachteilen zu schützen, der aber in der Praxis das Gegenteil zeitigt.

Man beachte den Wortlaut des bezeichneten § 208: „Sie (die Satzung) kann bestimmen, daß der Anspruch auf Mehrleistungen der Kasse erst nach einer Wartezeit von höchstens sechs Monaten nach dem Beitritt entsteht. Eine solche Bestimmung gilt nicht für Mitglieder, die binnen der letzten zwölf Monate bereits für mindestens sechs Monate Anspruch auf Mehrleistungen einer Krankenkasse oder einer knappschaftlichen Krankenkasse gehabt haben."

Also, es genügt nicht, wenn man den Anspruch erworben hat, sondern man muß ihn sechs Monate „gehabt haben". Denken wir uns ein Kassenmit-

Digitized by Google

glied im Bezirk Groß-Berlin, und nehmen wir an, daß alle Kassen den Anspruch auf Mehrleistungen von den Voraussetzungen des § 208 abhängig machen; dieses Kassenmitglied war 11½ Monate bei einer Kasse versichert und ist durch wirtschaftliche Verhältnisse gezwungen, im Bezirk einer anderen Kasse Arbeit anzunehmen, wird kurze Zeit darauf arbeitsunfähig krank; ein Anspruch auf Mehrleistungen besteht nicht, weil die Voraussetzungen dafür nicht gegeben sind. Zwar hatte es während eines Zeitraumes von 5½ Monaten Anspruch auf Mehrleistungen bei seiner früheren Kasse, doch das genügt nicht, es muß 6 Monate Anspruch darauf gehabt haben.

Einen anderen Fall: Ein Kassenmitglied ist ständig beschäftigt und gegen Krankheit versichert. Durch die Eigenart seines Berufes (Bauarbeiter usw.) ist es gezwungen, fortgesetzt seinen Arbeitgeber und damit seine Kassenzugehörigkeit zu wechseln. Dieses Mitglied wird kaum imstande sein, jemals Anspruch auf Mehrleistungen zu erwerben.

Daß diese beiden angeführten Fälle nicht einzig dastehen, sondern ihnen noch andere Beispiele zur Seite gestellt werden können, wird jeder Sachkenner wissen. Auch wird mir jeder im Verkehr mit den Versicherten tätige Kassenangestellte beipflichten, wenn ich sage, daß solche Fälle alle Tage vorkommen.

Um nun die Kassenmitglieder, zu deren Schutze gegen Benachteiligungen diese Bestimmung geschaffen wurde, zu ihrem Rechte kommen zu lassen, würde ich an Stelle der jetzigen Fassung von Satz 2 folgende vorschlagen:

„. . . Eine solche Bestimmung gilt nicht für Mitglieder, die binnen der letzten zwölf Monate bereits Anspruch auf Mehrleistungen einer Krankenkasse oder einer knappschaftlichen Krankenkasse erworben haben."

Damit wäre meines Erachtens dem Rechtsempfinden der Versicherten sowie dem Schutze der Kassen gegen ungerechtfertigte Ausbeutung Rechnung getragen. Daß es auch noch möglich ist, eine andere Fassung zu finden, welche den Kern der Sache so hervorhebt, daß jeder Zweifel ausgeschlossen und jeder Kommentar überflüssig ist, soll nicht bestritten werden. Die vorstehenden Ausführungen sollen den Zweck haben, die Diskussion über den § 208 zu eröffnen, welche hoffentlich dazu beitragen wird, die bestehenden Härten zu beseitigen.

Erich Schulz, Angestellter der Allgem. OKK.
Nowawes.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Jahresversammlung des Hauptverbandes deutscher Ortskrankenkassen.

Die „Ortskrankenkassentage" wachsen sich immer mehr zu riesigen Veranstaltungen aus. Da die Ortskrankenkassen die bedeutungsvollsten Träger der Krankenversicherung sind, ist es nur natürlich, daß deren Hauptverband die Führung der Krankenkassenbewegung hat. Umfaßt er doch fast ausnahmslos alle größeren Ortskrankenkassen, so daß ihm rund 7½ Millionen Versicherte angeschlossen sind. Das ist mehr als die Hälfte aller gegen Krankheit versicherten Personen. Die Jahresversammlung des Verbandes vom 21. bis 23. August in Hannover ließ schon äußerlich diese Bedeutung durch eine Riesenzahl von Vertretern erkennen: es waren rund 500 Kassen mit 6½ Millionen Mitgliedern durch 184 Arbeitgeber, 385 Versicherte und 395 Angestellte vertreten. Außerdem waren Vertreter der Behörden (des Reichsversicherungsamts, der Provinz, der Landesversicherungsanstalt, der Stadt Hannover usw.) anwesend.

Der Verbandsvorsitzende Fräßdorf-Dresden eröffnete die Tagung unter Hinweis auf die wichtigen Aufgaben, die ihr gestellt sind. Oberpräsident Noske wies auf die Verarmung hin, der unsere Bevölkerung noch weiter entgegengeht. Da müsse man gegen die bedrohte Gesundheitspflege energischer denn je ankämpfen.

Den Geschäftsbericht für 1921 erstattete Geschäftsführer Lehmann-Dresden. Der Verband befindet sich in steter Aufwärtsentwicklung. Das „Jahrbuch der Krankenversicherung 1920" enthält nähere Angaben hierüber. Durch Vereinigung des pfälzischen Unterverbandes mit dem Landesverband bayerischer Ortskka. ist die Zahl der Unterverbände auf 20 gesunken. In ihnen sind 1355 Ortskka. mit 7 983 520 Mitgliedern vereinigt. Der Verband hat bei den ihm angeschlossenen Kassen eine Wirtschaftsstatistik für 1920 aufgenommen. Sie stellt z. B. fest, daß die freie Arztwahl bei 67,1 v. H. der Kassen eingeführt ist. Bei allen Kassen entfiel im Durchschnitt auf ein Mitglied eine Einnahme von 273 M. und eine Ausgabe von 256 M. Auf die ärztliche Behandlung entfielen 28,30 M. je Mitglied, auf Krankengeld 60,70 M. usw. Lehmann besprach auch die neuesten Änderungen der Reichsversicherungsordnung, namentlich die abermalige Ausgestaltung der Mutterschaftsfürsorge. Die Jahresversammlung beauftragte den Hauptvorstand, dahin zu wirken, daß die Gehaltsgrenze für die Krankenversicherungspflicht der Angestellten, die heute z. Z. noch 15 000 Mark beträgt, erhöht wird, daß der Grundlohn zur Bemessung der Krankengelder bis zu 40 M. täglich von den Kassen ausgedehnt werden kann, daß die freiwillige Versicherung der kleinen Gewerbetreibenden in größerem Umfange betrieben werden soll usw. Im Anschluß hieran wurden noch zwei Entschließungen angenommen, von denen die eine sich gegen die mit der Brotverteuerung verbundenen Schäden der Volksgesundheit richtet und die andere die Krankenversicherung in Oberschlesien betrifft.

Sodann wurde über die Ausgestaltung der Kassenleistungen im Rahmen der gegenwärtigen Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung durch die einzelnen Kassen verhandelt. Hierüber berichteten Fräßdorf-Dresden und Verwaltungsdirektor Albert Kohn-Berlin. Sie treten für möglichst weitgehende Fürsorge ein, selbst auf die Gefahr hin, daß dadurch die Kassenbeiträge erhöht werden müßten. Nach kurzer Aussprache hierzu wurde eine Entschließung angenommen, welche den Kassen eine Reihe von Richtlinien gibt, wie z. B.: 1. die Barleistungen sind entsprechend den Lohnsteigerungen zu erhöhen; zu diesem Zwecke sind die Grundlöhne bis zur Höchstgrenze festzusetzen und die Beiträge, wenn nötig, zu steigern. — 2. Die Gewährung des Krankengeldes vom ersten Tage der Erwerbsunfähigkeit ab sollte erst eingeführt werden, wenn die Kassen andere dringendere Leistungen eingeführt haben und ausreichende Reserven ansammeln

Digitized by Google

konnten. — 3. Die Heilung Schwerkranker sollte in höherem Maße betrieben und die dazu nötigen Mittel bereitgestellt werden. Hierbei werden die Arbeitsgemeinschaften der Versicherungsträger segensreich mitzuwirken haben. — 4. Krankenhauspflege soll, wo sie sachlich geboten ist, gewährt werden, ebenso fachärztliche Behandlung sowie Nähr- und Stärkungsmittel. — 5. Hauspflege ist, namentlich für Wöchnerinnen, unter Mitwirkung der Gemeinden und Vereine auszubauen. — 6. Hausgeld ist möglichst zu erhöhen, auch für Ledige, wenn irgend möglich, zu gewähren. — 7. Erhöhung des Sterbegeldes bis zum 40fachen Grundlohn ist besonders notwendig; wo irgend angängig, ist Sterbegeld auch beim Tode von Familienmitgliedern zu gewähren. — 8. Erhöhung der Beiträge für kleine Heilmittel und Beihilfen zu großen ist geboten. — 9. Gewährung freier ärztlicher Behandlung der nichtversicherten Familienmitglieder wird voraussichtlich als Pflichtleistung vorgeschrieben werden; es ist geboten, sie schon jetzt einzuführen, wo das Verhältnis zu den Ärzten dies gestattet. — 10. Errichtung eigener Heilstätten empfiehlt sich nur für große, leistungsfähige Kassen und Verbände. Vor allem sind die bestehenden Einrichtungen zu Kuren in Heilstätten und Bädern auszunützen. — 11. Zur Krankenhilfe ist soviel aufzuwenden als möglich; es sind aber Vorkehrungen nötig, daß die Mittel nicht denen zufließen, die ohne ausreichenden Grund die Kassen allzu häufig und länger als nötig in Anspruch nehmen. — 12. An den allgemeinen Maßnahmen zur Verhütung und Bekämpfung von Krankheiten und Seuchen haben sich die Krankenkassen unbedingt zu beteiligen und dazu entsprechende Beträge in den Voranschlägen einzustellen.

Die Ärztfrage wurde von Lehmann-Dresden behandelt. Die Verhandlungen mit den Ärzten seien noch zu keinem befriedigenden Ergebnis gekommen. Die bestehende Arbeitsgemeinschaft mit den Ärzten (Tarifvertrag) könne die fehlende gesetzliche Regelung der Ärztfrage nicht ersetzen. Das Schiedsgerichtsverfahren müsse obligatorisch werden. Die Bezüge der Ärzte von den Kassen seien weit mehr gestiegen als deren Einnahmen. Es gehe nicht an, daß die übermäßig steigende Zahl der Ärzte von den Krankenkassen leben wolle. Es wurde nach kurzer Beratung eine Entschließung gefaßt, in der es u. a. heißt:

„Der Ortskrankenkassentag hält an der grundsätzlichen Auffassung fest, daß die Ärztfrage nur durch Eingliederung des ärztlichen Dienstes in die Sozialversicherung befriedigend gelöst werden kann. Er betont aufs neue die unabweisbare Notwendigkeit einer beschleunigten gesetzlichen Regelung der Ärztfrage. Obwohl das bisherige Verhalten vieler Ärzte die Fortsetzung der Tarifpolitik nicht erleichtert, ist der Ortskrankenkassentag doch gewillt, den mit dem Tarifabkommen von 1919 betretenen Weg weiter zu verfolgen. Das bisherige Tarifabkommen ist in folgenden Punkten auszugestalten und zu verbessern: 1. durch Schaffung einer ärztlichen Reichsgebührenordnung für Krankenkassen; 2. durch zentrale Vereinbarung von Pauschalhonoraren; 3. durch Staffelung der Honorare nach Ortsklassen; 4. durch Schaffung von Vertragsmustern.

Für die Fortsetzung des jetzigen Tarifabkommens mit den Ärzten gelten jedoch folgende Voraussetzungen: Zulassung aller Ärztsysteme und Honorierungsarten; wirksame Durchführung der versprochenen Kontrollmaßnahmen bei freier Arztwahl; bezirkliche Kontrolle der Wegegebührenberechnungen; Anerkennung der zentralen Vereinbarungen in allen Bezirken. Aufgabe der Kassen muß es sein, den ärztlichen Dienst durch Ambulatorien zu zentralisieren und dadurch nutzbringender zu gestalten. Für die örtlichen Verhandlungen mit den Ärzten sind Kassenverbände (§ 406 RVO.) und bis zu deren Zustandekommen Kassenvereinigungen zu bilden. Bezirkliche Vereinbarungen sind zu vermeiden; sie dürfen die zentralen Abkommen wohl ergänzen, aber nicht verschlechtern. Zur Lösung sozialhygienischer Fragen und zur Ausgestaltung des ärztlichen Dienstes erscheinen Arbeitsgemeinschaften zwischen Ärzte- und Kassenorganisationen geeignet. Die Arbeitsgemeinschaft ist zentral abzuschließen und bezirklich wie örtlich zu gliedern."

Einen größeren Umfang in der Beratung nahm das Reichsversorgungsgesetz ein. Hierüber berichtete der Geschäftsführer der Allg. Ortskrankenkasse Berlin, Julius Cohn. Das Gesetz und die Zusammenarbeit der Versorgungsämter mit den Kassen lasse viel zu wünschen übrig. Oft trete noch der alte preußische Geist der Bevormundung der Kassen in die Erscheinung. Nach Erörterung der einzelnen, peinlich empfundenen Mängel wurde einstimmig die folgende Entschließung angenommen, in der die Wege zur Abhilfe im Wege der Gesetzesänderung vorgezeichnet sind:

„1. Die Barleistungen für Zugeteilte sollen vom Versorgungsamt, die Krankenpflege und Krankenhauspflege von den Krankenkassen gewährt werden. Für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit infolge Kriegsbeschädigung sollen sie die Vollrente erhalten. — 2. Die versicherten Dienstbeschädigten dürfen im Falle der Arbeitsunfähigkeit nicht schlechter gestellt werden wie die Zugeteilten, demzufolge muß während der Arbeitsunfähigkeit infolge Dienstbeschädigung die Rente derart erhöht werden, daß sie mit dem Krankengeld zusammen die Vollrente erreicht. — 3. Solange diese Forderungen nicht erfüllt sind, muß das Krankengeld für Zugeteilte eine bestimmte (näher bezeichnete) Höhe erreichen. Das Krankengeld ist für jeden Kalendertag zu zahlen. Der Nachweis der Einkommensminderung muß fortfallen. Für die in Anstaltspflege befindlichen Dienstbeschädigten soll das Taschengeld einheitlich 3 M. für den Kalendertag betragen. — 4. Sofern die Barauslagen der Krankenpflege für Zugeteilte nicht nachgewiesen werden können, ist der nach den Leitsätzen zu vereinbarende Pauschsatz für ärztliche Behandlung, Arzneien und kleine Heilmittel auf drei Achtel des Grundlohns für jeden Krankheitstag zu bemessen. Beträgt der Grundlohn weniger als 20 M., so ist ein solcher von 20 M. der Berechnung zugrunde zu legen. — 5. Als Pauschgebühr für Verwaltungskosten ist ein Betrag von mindestens 1 M. für jeden Krankheitstag zu fordern. — 6. Als Ersatz für die vor Inkrafttreten des Reichsversorgungsgesetzes geleisteten Unterstützungen für Dienstbeschädigte hält der Krankenkassentag eine Entschädigung der Kasse in Höhe von 20 M. pro Kopf jedes männlichen Mitgliedes für angemessen. — 7. Die Ersatzpflicht des Reichs für versicherte Dienstbeschädigte ist bis 1. April 1930 zu verlängern. — 8. Die Einreichung sämtlicher Belege für die gehabten Auslagen muß fortfallen. Es muß genügen, wenn seitens des Vorstandes der Kasse die Gesamtsumme der Ausgaben für jeden Krankheitsfall mit dem Nachweis, daß es sich um einen Dienstbeschädigten handelt, eingereicht und die Richtigkeit beglaubigt wird. — 9. Der Verbandstag ist der Auffassung, daß den Kassen nach § 14 RVG. in allen Fällen der Heilbehandlung, also nicht nur bei Arbeitsunfähigkeit, Ersatz zusteht, und erwartet, daß

Digitized by Google

das Reichsarbeitsministerium die Leitsätze entsprechend ändert."

Über die Regelung der Anstellungsbedingungen der Kassenangestellten berichtete der Vorsitzende der Ortskrankenkasse Breslau, Scholich. Die bestehende Arbeitsgemeinschaft mit dem Zentralverband der Angestellten sei in letzter Zeit sehr durchlöchert worden, so daß man sich schon die Frage vorgelegt habe, ob das Weiterbestehen einen Zweck habe; man müsse aber immerhin daran festhalten. Das Gesetz fordere, daß die Kassen die tariflichen Abmachungen in die Dienstordnungen aufnehmen. Hieraus ergeben sich Konflikte mit den Oberversicherungsämtern, welche die Dienstordnungen zu genehmigen haben, und auf dem Standpunkt stehen, daß keine Anstellungsbedingungen aufgenommen werden dürfen, die über die Vorschriften der Reichsbesoldungsordnung hinausgehen. Das erscheine nicht gerechtfertigt; das sogen. „Sperrgesetz" dürfe nicht auf die Krankenkassen angewendet werden. Ein besonderes Kapitel sei die Stellung der Betriebsräte in den Kassenverwaltungen. Die Betriebsräte verlangten oft rechtlich mehr, als ihnen zugestanden werden könne. Nach lebhafter Erörterung wurde die Fortführung der Arbeitsgemeinschaft beschlossen und einer Anzahl Änderungen des Tarifes zugestimmt, die u. a. folgendes vorsehen: Angestelltengruppen: Die der Dienstordnung unterstehenden Angestellten werden unter Anlehnung an die Besoldungsordnung der Länder in Gruppen eingeteilt. Die Besoldung der niedrigsten Gruppe soll möglichst der Gruppe V der Landesbesoldungsordnung entsprechen. Die Worte „im Einvernehmen mit dem Betriebsrat" sind zu ersetzen durch die Worte „nach Verhandlung mit dem Betriebsrat". — Besoldung: Die Besoldung (einschließlich etwaiger Nebenbezüge) aller Angestellten und Hilfsarbeiter soll durch Übereinkommen der beiderseitigen Bezirksorganisationen einheitlich für den Bezirk geregelt werden. Wo die bezirkliche Regelung nicht erfolgt, muß die Besoldung im Einvernehmen mit den Bezirksorganisationen örtlich geregelt werden. — Bürozeit: Die Arbeitszeit beträgt 45 Stunden wöchentlich. Die Verteilung der Arbeitszeit auf die einzelnen Werktage erfolgt durch den Kassenvorstand nach Verhandlung mit dem Betriebsrat (Betriebsobmann). An den Sonnabenden darf die Arbeitszeit 6 Stunden und an den Tagen vor Ostern, Pfingsten, Weihnachten und Neujahr 5 Stunden nicht übersteigen. — Günstigere Bedingungen: Bestehende günstigere Arbeitsbedingungen dürfen nicht verschlechtert werden. Das gilt nicht für die Regelung der Arbeitszeit.

Landtagsabgeordneter Meyer-Solingen sprach über die Neuregelung des Hebammenwesens. Die Mutterschaftsfürsorge sei erst eine Einrichtung der neuesten Zeit, geboren aus den Kriegswirkungen. Bis vor kurzem hätten jährlich Hunderttausende von Wöchnerinnen im Reiche keine Hebamme zur Hilfe gehabt. Noch größer sei die Zahl der Kinder, die bei der Geburt oder bald darauf starben. An Hebammen fehle es nicht. In Großstädten seien mehr vorhanden als nötig; auf dem Lande aber fehle es oft an solchen. Die Geburtshilfe müsse völlig unentgeltlich werden. Auch die Ausbildung der Hebammen müsse verbessert werden. Unerläßlich sei, daß die Hebammen in ihrer Tätigkeit eine Existenz finden, also ihren Beruf nicht nebenher auszuüben brauchen. Streitig ist, ob die Hebamme zur Beamtin werden soll. Man könne das hiermit verfolgte Ziel auch auf anderem Wege erreichen. Am besten sei es, den Hebammen ein festes Grundgehalt und für jeden Geburtsfall besondere Zuschläge zu zahlen. Als Aufsichtstellen seien bezirksweise Kreishebammen anzustellen. Zu verlangen sei eine reichsgesetzliche Regelung des Hebammenwesens; aber inzwischen auch landesgesetzliche Regelung annehmbar. In Preußen habe die bürgerliche Mehrheit des Landtages eine solche verhindert. Einstimmig wurde eine Entschließung angenommen, in der ausgedrückt wird, daß eine durchgreifende Neugestaltung des Hebammenwesens aus sozialen Gründen eine dringende Notwendigkeit sei; die Zahl der Hebammen müsse in allen Landesteilen gleich sein. Weitere Richtlinien in der Entschließung regeln noch nähere Organisationsfragen.

Ein besonders wichtiger Verhandlungsgegenstand war die Arznei- und Heilmittelversorgung der Kassen. Den einleitenden Vortrag hielt Lehmann-Dresden. Alle Kassen klagen über die unter den Kriegswirkungen gewaltig gestiegenen Kosten der Arznei- und Heilmittel. Alle Maßnahmen zur Minderung der Kosten seien zu fördern. Vor allem sei dem ungerechtfertigten Arzneihunger der Versicherten entgegenzutreten. Maßnahmen der Behörden gegen den Arzneiwucher hätten sich als unwirksam erwiesen. Von 1914 zu 1920 seien die Ausgaben für Arzneien und Heilmittel der Krankenkassen von 3,80 M. auf 23,03 M. je Mitglied gestiegen, trotz aller Bestrebungen der Kassen, statt teuere nur gleichwirksame billige Heilmittel zu verschreiben. Man habe viel von der Sozialisierung des Apothekerwesens gesprochen. Jetzt sei es recht still davon geworden. Man dürfe mit Mitteln der Abhilfe nicht warten, bis die Apothekenreform einmal kommt. Der Arzt habe eine große Machtbefugnis in der Verschreibung von Arzneimitteln; er müsse in dieser Hinsicht einer gewissen Kontrolle unterstellt werden. Damit seien auch schon manche Ersparnisse gemacht worden. Es gebe billige Heilmittel von gleicher Wirkung wie teure. Der Apotheker sei Kleinhändler und müsse die Preise zahlen, die von der Preiskonvention des Großhandels aufgestellt werden. Dies wurde an Beispielen erläutert. Einstimmig wurde eine Entschließung angenommen, nach der den Kassen Selbsthilfe durch eigenen Bezug der Heilmittel empfohlen und eine Reihe Maßnahmen von der Gesetzgebung gefordert werden. Der gesamte Verkehr der Apotheken-Handverkaufsartikel sei freizugeben. Apotheken sollen gemeinsam von Krankenkassen und Gemeinden betrieben werden dürfen. Fräßdorf-Dresden weist nochmals eingehend die Vorteile der Heilmittel-Vertriebsgesellschaft des Hauptverbandes der Ortskrankenkassen nach. Es handle sich dabei nicht um ein geschäftliches Unternehmen, sondern um eine Einrichtung von und für Versicherte. In Bayern bestehe eine ähnliche Einkaufsgesellschaft der Kassen. Lehmann-Dresden bittet, es zu ermöglichen, daß die bayerische Einkaufsgesellschaft mit der des Hauptverbandes einheitlich zusammenarbeitet.

Als Orte für die nächstjährige Tagung wurden Karlsruhe und München vorgeschlagen. Die Mehrheit der Versammlungsteilnehmer erklärte sich für Karlsruhe. Es soll indes der Hauptvorstand die endgültige Entscheidung treffen. Mit einer Schlußansprache des Verbandsvorsitzenden Fräßdorf wurde die Tagung beendet.

Die Überlastung der Versorgungsgerichte.

Die lange Dauer des Verfahrens vor den Militärversorgungsgerichten und dem Reichsversorgungsgericht beruht zu einem großen Teile auf der Über-

Digitized by Google

lastung dieser Gerichte. Diese ist darauf zurückzuführen, daß Berufung und Rekurs vielfach in völlig aussichtslosen Sachen eingelegt wird. Insbesondere sind Berufungen gegen Bescheide der Versorgungsämter, in denen an Stelle einer Rente von 10 v. H. nach dem Mannschaftsversorgungsgesetz auf Grund des § 94 Abs. 1 des Reichsversorgungsgesetzes eine einmalige Abfindung unter Fortfall der laufenden Rente festgesetzt wird, aussichtslos. Auch gegen Bescheide, durch welche der Antrag auf Elternrente nach dem Reichsversorgungsgesetz abgelehnt ist, kann die Berufung vielfach keinen Erfolg haben, weil in § 45 Abs. 2 des Reichsversorgungsgesetzes die Voraussetzungen der Bedürftigkeit genau und zwingend umschrieben sind. Durch die große Zahl der aussichtslosen Rechtsmittel werden die Gerichte gehindert, sich ganz den Angelegenheiten der wirklich Versorgungsberechtigten zu widmen. Es kann deshalb allen, die gegen einen Bescheid Berufung oder gegen das Urteil eines Militärversorgungsgerichts Rekurs einlegen wollen, nur dringend empfohlen werden, sich vorher von der amtlichen Fürsorgestelle beraten zu lassen, und wenn diese die Weiterverfolgung der Angelegenheit für aussichtslos hält, von der Einlegung eines Rechtsmittels abzusehen.

Zulagen und Beihilfen zu den Renten aus der Invalidenversicherung bei Heilbehandlung Kriegsbeschädigter.

Zu den Renten aus der Invalidenversicherung wird bekanntlich nach dem Gesetz vom 20. Mai 1920 eine Zulage und dem Gesetz vom 26. Dezember 1920 bzw. 7. April 1921 eine Beihilfe gezahlt.

Der Anspruch solcher Kriegsbeschädigter, die wohl ein Recht auf Bezug von Versorgungsgebührnissen haben, deren Rente aber wegen Gewährung einer Heilbehandlung ruht, hat, wie der Reichsbund der Kriegsbeschädigten mitteilt, zu vielen Unklarheiten Anlaß gegeben. Vielfach glaubten Landesversicherungsanstalten, die Gewährung einer Heilbehandlung mit der Gewährung einer Vollrente in allen Fällen gleichstellen und demzufolge die Auszahlung der Zulage nach dem Gesetz vom 20. Mai 1920 und die Gewährung der Beihilfe nach dem Gesetz vom 20. Dezember 1920 bzw. 7. April 1921 versagen zu müssen.

Nach § 36 Nr. 1 des Mannschaftsversorgungsgesetzes 1906 und § 62 des Reichsversorgungsgesetzes, ruhen die Versorgungsgebührnisse, solange dem Versorgungsberechtigten Kur und Verpflegung in einer Heilanstalt oder in einem Badeorte gewährt wird. Das Reichsversicherungsamt spricht in einer grundsätzlichen Entscheidung (Nr. 2638, Amtliche Nachrichten Nr. 4, S. 280) aus, daß nicht in allen Fällen die Gewährung einer Heilbehandlung das Recht auf den Bezug der Zulagen und Beihilfen zu den Renten aus der Invalidenversicherung ausschließt. Der § 584 der Reichsversicherungsordnung schreibt vor, daß ein Unfallverletzter, für den die Berufsgenossenschaft die Fürsorge nicht übernommen hat, dem aber von einer Krankenkasse Krankengeld oder Hausgeld gewährt wird, als vollständig erwerbsunfähig zu gelten hat. Eine solche Vorschrift kennt weder das Reichsversorgungsgesetz, noch das Mannschaftsversorgungsgesetz 1906. Das Reichsversicherungsamt hat entschieden, daß die Gewährung einer Heilbehandlung stets der Rente gleichzuachten ist, die der in Frage kommende Beschädigte vor Einweisung in die Heilanstalt bezogen hat. Bezieht also ein Beschädigter eine Rente von weniger als 66⅔ v. H. und wird ihm an Stelle dieser Rente eine Heilbehandlung gewährt, so hat er nach Artikel 1 Abs. 2 Nr. 1 des Gesetzes über Abänderung der Leistungen und der Beiträge in der Invalidenversicherung vom 20. Mai 1920 Anspruch auf die Gewährung der Zulage zu der Invalidenrente. Nach dem Gesetz vom 7. April 1921 hat er außerdem insoweit Anspruch auf die Gewährung der Beihilfe nach dem Gesetze vom 26. Dezember 1920, als die Beihilfe die gewährte Versorgung übersteigt. Als Versorgung wird hier im Falle einer Heilbehandlung der Rentenbetrag angesehen, der dem Beschädigten sonst zusteht. Zusammenfassend kann also gesagt werden, daß bei Gewährung einer Heilbehandlung an Kriegsbeschädigte, die neben einer Rente nach den Militärversorgungsgesetzen noch Anspruch auf eine Invalidenrente nach der Reichsversicherungsordnung haben, die Zulage zu der Invalidenrente stets dann voll zu zahlen ist, wenn dem Beschädigten eine Militärrente von weniger als 66⅔ v. H. zusteht. Bezieht er eine Rente von mehr als 66⅔ v. H., so hat er auf die Gewährung der Zulage keinen Anspruch. Auf die Gewährung der Beihilfe hat er nur insoweit Anspruch, als er erstens Anspruch auf die Zulage hat und zweitens die Beihilfe seine Militärrente übersteigt.

Schrifttum.

Krankenkassenwahlen. Ein Leitfaden für Krankenkassen und Versicherungsämter. Von Dr. Heinz Jaeger, Direktor des Versicherungsamts, München 1921, Bayer. Kommunalschriftenverlag. 96 Seiten. Preis 11 M.

Bei den allenthalben im Reiche jetzt bevorstehenden Neuwahlen zu den Organen der Krankenkassen wird sich dieser Leitfaden als ein treffliches Hilfsmittel für Vorstände und Angestellte der Kassen sowie für die zur Aufsicht und oft zur Entscheidung über Streit- und Zweifelsfragen bei Wahlen berufenen Versicherungsbehörden erweisen. Der Verfasser ist als Rechtskenner, Schriftsteller und Praktiker bestens bewährt. Auch diese neue Arbeit zeichnet sich durch Sorgfalt, übersichtliche Darstellung und Sinn für das Wesentliche aus. Zahlreiche sachgemäße Beispiele und Formblätter dienen dazu, den reichen, zum Teil doch recht verwickelten Stoff faßlich zu gestalten. Das Büchlein sei hiermit bestens empfohlen.

Sozialversicherung. Von Professor Dr. Manes in Berlin. Vierte, wesentlich veränderte Auflage. Berlin und Leipzig 1921, Vereinigung wissenschaftlicher Verleger Walter de Gruyter & Co. 123 Seiten, Preis 2,10 M. und 100 v. H. Zuschlag.

Das kleine, aber inhaltreiche, klar und flüssig geschriebene Büchlein aus der „Sammlung Göschen" wird vielen willkommen sein als ein Überblick über ein Gebiet des Sozialrechts, das, wie kaum ein anderes, durch stets erneute gesetzliche Änderungen, Ergänzungen, Nachträge und Auslegungen unübersichtlich und schwer verständlich geworden ist. Um so mehr ist die neue, den neuesten Stand der Arbeiter- und Angestelltenversicherung widerspiegelnde Auflage zu begrüßen. Daß es bereits die vierte ist,

Digitized by Google

mag den Wert und die Würdigung, die die Darstellung gefunden hat, bezeugen.

Führer durch das Reichsversorgungsgesetz. Gemeinverständlich dargestellt von Landesrat Seelmann. Altenburg S.A. 1921 bei Stephan Geibel. 52 Seiten, Preis 5 M.

Im Heft 11 des laufenden Jahrgangs S. 217 ist Seelmanns erläuterte Ausgabe des Reichsversorgungsgesetzes mit gebührender Anerkennung ihres praktischen Wertes besprochen worden. Nun bietet der Verfasser eine willkommene Ergänzung der vorausgegangenen Arbeit in einer systematischen Darstellung, die durch ihre Übersichtlichkeit in der Stoffanordnung und durch ihre Klarheit geeignet ist, nicht nur den zur Rechtsanwendung berufenen Stellen zu dienen, sondern auch solchen Interessenten, denen die Erfassung des keineswegs einfach gestalteten Gesetzestextes naturgemäß besonders schwer fallen muß, das Verständnis zu erleichtern. Seelmann hat gleiches schon bei Einzeldarstellungen aus dem Gebiete des Reichsversicherungsrechts mit bestem Erfolg unternommen. Ein solcher Erfolg ist auch dem vorliegenden Büchlein zu wünschen und vorauszusagen.

Das Reichsheimstättengesetz vom 10. 5. 20, auf Grund amtl. Materials erläutert von H. Krüger, Ministerialrat im Reichsarbeitsministerium. Berlin 1921 bei Reimar Hobbing. 162 Seiten, Preis 20 M.

Das Buch will mehr sein und ist mehr als ein bloßer Kommentar des Gesetzes, der das Verständnis für die einzelnen Paragraphen vermittelt und vor Irrtümern in der Rechtsanwendung bewahrt. Es will und wird auch der Eröffnung und Verbreitung des Verständnisses dafür dienen, daß die Heimstättenbestrebungen und die Heimstättengesetzgebung als wichtiger Teil der allgemeinen Sozialpolitik aufzufassen sind und daß sie insbesondere in Zusammenhang stehen mit der Richtung der neuen Bodengesetzgebung, die dahin gehen muß, dem Eigentum, als der Grundlage ehrlicher Arbeit, zu seinem Rechte zu verhelfen und das Ausbeuter- und Renteneigentum zurückzudrängen. Das wird in einem lesenswerten Vorwort, unter reichen Hinweisen auf einschlägiges Schrifttum, näher ausgeführt. Der Mitteilung des Gesetzestextes folgt eine übersichtliche Darstellung der Heimstättenbestrebungen und Heimstättengesetze im Auslande (Nordamerika, Serbien, Schweiz, Frankreich, Italien) und in Deutschland bis zum Erlaß des Reichsgesetzes; besonders ausführlich ist dabei die preußische Rentengutsgesetzgebung behandelt. Daran schließt sich der Kommentar zum Reichsheimstättengesetz mit ausführlichen Erläuterungen auf Grund der Gesetzesmaterialien, des Schrifttums und der Rechtsprechung zu anderen einschlägigen Gesetzen, insbesondere zum Bürgerlichen Gesetzbuch. Im Anhange folgen: die Begründung zum Entwurf des Reichsgesetzes, Muster eines Heimstättenvertrages, das braunschweigische Heimstättengesetz vom 19. 4. 18, die Reichsverordnung über das Erbbaurecht vom 15. 1. 19, die Wohnungsnotverordnung vom 9. 12. 19 und das Reichssiedlungsgesetz vom 11. 8. 19. Das Buch bietet also außer dem gediegenen Kommentar auch eine schätzenswerte Sammlung anderen, für das Verständnis des Gesetzes wichtigen Stoffes.

Gesundheit und gewerbliche Arbeit. Von Dr. med. Alfred Beyer, Regierungsrat im preuß. Ministerium für Volkswohlfahrt. Berlin 1921 bei Richard Schötz. 174 Seiten, Preis 24 M.

Das Buch ist als 5. Heft des 13. Bandes der „Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung" erschienen. Worauf es abzielt, zeigt sein Untertitel: Ein Beitrag zur Erweiterung und Organisation des Gesundheitsschutzes der Arbeitnehmer. Es darf auf einen weiten Leserkreis rechnen, wenn diejenigen es lesen, die es angeht; denn es geht uns alle an, ob die Organisation der Gewerbeaufsicht so gestaltet wird, daß sie eine wirkliche Gewähr für den Schutz der Gesundheit der Arbeiter und somit unserer Volkskraft bietet. In dieser Richtung gibt der Verfasser beachtenswerte Anregungen und bringt reiches und interessantes Material zu ihrer Begründung bei.

Beantwortung von Anfragen.

Rechtsauskünfte aus unserem Arbeitsgebiet erteilen wir den Beziehern unserer Zeitschrift bereitwillig, ohne indessen eine Verpflichtung oder eine zivilrechtliche Haftung zu übernehmen. Für schriftliche Auskunft wird Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten, und zwar auch dann, wenn nur Bescheid durch die Zeitschrift erbeten, die Sache aber zur Veröffentlichung an dieser Stelle nach unserem Ermessen nicht geeignet ist.

Wann beginnt die Amtszeit der jetzt gewählten Organe der Krankenkassen?

1. **Nach Hertingswalde.** Antwort: Die Amtsdauer der Vertreter der Arbeitgeber und der Versicherten in den Kassenorganen ist in der Kriegszeit wiederholt verlängert worden, zuletzt durch die Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 11. 1. 17 (ArbVers. S. 82), längstens bis zum Schlusse des Kalenderjahres, das dem Jahre folgt, in welchem der Krieg beendet ist, also bis Ende 1921. Aus dem Worte „längstens" ist ersichtlich, daß Wahlen für einen früheren Zeitpunkt nicht als unzulässig anzusehen sind. Indessen hat der Staatssekretär des Reichsarbeitsamts in einem Bescheid an den Verband der Betriebskrankenkassen (vgl. Kleeis, ArbVers. 1920 S. 462) mit Recht hervorgehoben, daß es durchaus erwünscht ist, daß die Wahlperioden bei allen Kassen zu gleicher Zeit beginnen und endigen. Hält man diese einleuchtende Zweckmäßigkeitserwägung fest, so wird man aus der Tatsache allein, daß bei einer Krankenkasse die Wahlen zum Vorstand und Ausschuß schon jetzt vollzogen worden sind, nicht ohne weiteres herleiten müssen, daß die Gewählten ihre Ämter sofort anzutreten haben. Denn auch wenn ihr Mandat erst mit Ablauf des Jahres 1921 wirksam werden sollte, mußte doch die Wahl schon im Laufe des Jahres 1921 veranstaltet werden. Freilich hätte es dann genügt, die Wahlen etwa im September oder noch später anzusetzen (zu vgl. Entschließung des bayer. Min. für soz. Fürs. v. 4. 4. 21, MonSchr. f. Arb. u. AngestVers. 1921 Sp. 439). Daß aber die Wahlen schon früher vollzogen wurden, läßt nicht hinreichend sicher erkennen, daß sie nach der Absicht des Vorstandes, der sie ausgeschrieben hatte, abweichend von jener Zweckmäßigkeitserwägung des Reichsarbeitsministers, nicht erst mit

Digitized by Google

Ablauf des Jahres, sondern sofort wirksam werden sollen. Der Vorstand hätte seine etwaige abweichende Absicht bei Ausschreibung der Wahl ausdrücken müssen. Deshalb halten wir es für richtig, wenn das Versicherungsamt davon ausgeht, daß bis zum Ablauf des Jahres 1921 noch die bisherigen Vertreter im Amt bleiben.

Einschreiten gegen Mitglieder des Kassenausschusses, die grundlos von den Sitzungen fernbleiben.

2. **Nach Naumburg a. S.** Antwort: Gegen Ausschußmitglieder, die wiederholt der Einladung zu den Sitzungen ohne hinreichende Entschuldigung keine Folge leisten und dadurch die Beschlußfähigkeit des Ausschusses vereiteln, versagen die von Ihnen angeführten Vorschriften der §§ 18, 19 RVO. Denn § 18 bezieht sich nur auf die Ablehnung einer Wahl, nicht auch auf Nichterfüllung der aus der Wahl hervorgehenden Pflichten; und § 19 richtet sich nur gegen Mitglieder des Vorstandes, die sich ihren Pflichten entziehen, nicht auch gegen Mitglieder des Ausschusses. Es bleibt nur übrig, die Ausschußmitglieder, die in so unverantwortlicher Weise, sei es böswillig oder auch nur aus hartnäckiger Gleichgültigkeit, ihre ehrenamtlichen Pflichten vernachlässigen, dem Versicherungsamt anzuzeigen, um ihre Amtsenthebung wegen Vertrauensunwürdigkeit zu veranlassen (§ 24 Abs. 1 RVO.).

Wählbarkeit als Vertreter der Arbeitgeber oder der Versicherten?

3. **Nach Münchberg.** Frage: a) Der ehrenamtliche erste Bürgermeister einer in unserem Kassenbezirk gelegenen Stadt ist bei unserer Kasse freiwillig weiterversichert. Die Tätigkeit als Bürgermeister ist sein Hauptberuf. Die Stadt beschäftigt eine größere Anzahl versicherungspflichtiger Personen. b) Der Geschäftsführer und Mitglied des Vorstandes eines in unserem Kassenbezirk gelegenen Konsumvereins ist Pflichtmitglied unserer Kasse. Der Konsumverein beschäftigt außer dem Geschäftsführer noch acht versicherungspflichtige Personen. — Sind diese beiden Personen bei der bevorstehenden Neuwahl zu den Kassenorganen als Vertreter der Versichertengruppe wählbar?

Antwort: Nein! Denn beide gehören zu den nach § 13 Abs. 2 und § 14 Abs. 2 Satz 1 den Arbeitgebern gleichgestellten Personen; und das RVA. hat entschieden, daß diese nur in der Gruppe der Arbeitgeber zu den Organen der Krankenkasse gewählt werden können (Entsch. 1967 Amtl. Nachr. 1915 S. 368).

Müssen Mitglieder des Ausschusses ausscheiden, wenn sie als Ersatzmänner in den Kassenvorstand gewählt werden?

4. **Nach Schrobenhausen.** Antwort: Mitglieder des Ausschusses, die in den Vorstand als Mitglieder gewählt werden, scheiden nach § 327 RVO. aus dem Ausschuß aus. Dagegen bleiben diejenigen Ausschußmitglieder, die nur als Ersatzmänner in den Vorstand gewählt sind, also ihm einstweilen noch nicht angehören, im Ausschuß, solange sie nicht tatsächlich zur Ausübung des Vorstandsamtes einberufen werden. Diese mit den Worten des Gesetzes mindestens verträgliche, seinem Sinne und Zweck vollkommen genugtuende, auch vom sächs. Landesversicherungsamte gebilligte Auslegung haben wir im Jahrg. 1914 S. 319 und S. 641, entgegen der Auffassung des Reichsversicherungsamts (daselbst S. 640), ausführlich begründet, und wir können nur empfehlen, sich nicht an die Entscheidung des RVA., sondern an die des sächs. Landesversicherungsamts zu halten, die auch dem praktischen Bedürfnisse besser entspricht.

Anteilige Erstattung nach § 197 (Ausk. nach Rostock, Heft 24 S. 480 Ziff. 5).

5. **Nach Lahr.** Frage: Bei der oben bezeichneten Auskunft ist wohl ein Irrtum unterlaufen? Wenn der Ehemann der Wöchnerin im Jahre vor der Entbindung nur 130 Tage versichert war, so hätte die betr. Kasse überhaupt keine Familienhilfe nach § 205a RVO. zahlen dürfen, weil der Ehemann im Jahre vor der Niederkunft nicht 6 Monate hindurch versichert gewesen ist. Dadurch entfällt auch jeder Anspruch aus § 197 RVO.

Antwort: Das ist richtig, wenn — was aus der Anfrage nicht sicher zu entnehmen war — der Ehemann in dem Vorjahre nicht etwa noch bei einer dritten Kasse auf Grund der RVO. gegen Krankheit versichert gewesen ist.

Wochenfürsorge nach dem Tode der Wöchnerin.

6. **Nach Darmstadt.** Antwort: Durch das Gesetz vom 29. 7. 21 Art. I Ziff. 2 ist § 195b Abs. 3 RVO. gestrichen und, in veränderter Fassung, in den § 195a als Abs. 4 hinübergenommen. Unverändert geblieben ist § 19 Satz 1 des bisherigen Wochenhilfegesetzes, wonach als Wochenfürsorge die im § 195a RVO. bezeichneten Leistungen gewährt werden. Danach kann es nicht zweifelhaft sein, daß nunmehr auch für die Wochenfürsorge jener Abs. 4 des § 195a gilt, wonach, wenn die Wöchnerin stirbt, die noch verbleibenden Beträge an Wochen- und Stillgeld an denjenigen, der für den Unterhalt des Kindes sorgt, zu zahlen sind — freilich nicht, wie es im Abs. 4 des § 195a heißt, „bis zum satzungsmäßigen Ende der Bezugszeit", sondern nur für die im § 195a bestimmte gesetzliche Zeit, da bei der Wochenfürsorge eine Satzung nicht in Frage kommt.

Zuständigkeit des Versicherungsamts für Anträge auf Wochenfürsorge.

7. **Nach M.** Antwort: Nach § 18 des Wochenhilfegesetzes in der Fassung des Art. III des Ges. v. 29. 7. 21 ist der Antrag auf Wochenfürsorge nicht mehr bei der Krankenkasse, sondern bei dem Versicherungsamte zu stellen, und dieses nimmt die nach § 17 erforderlichen Feststellungen vor. Auch diese Vorschrift ist am 6. 8. 21 in Kraft getreten (zu vgl. Heft 25 S. 498 Ziff. 1). Das Versicherungsamt hat also die ihm hiernach zugewiesenen Aufgaben sofort zu übernehmen, aber nur hinsichtlich solcher Fälle, in denen nicht bereits die Krankenkasse gemäß § 18 der bisherigen Fassung mit der Leistung der Fürsorge bereits begonnen hat. Ist dies noch nicht geschehen, so hat die Kasse den bei ihr gestellten Antrag an das Versicherungsamt weiterzuleiten, auch wenn es sich um einen vor dem 6. 8. 21 eingetretenen Fürsorgefall handelt. Denn die erwähnte Änderung des § 18 beansprucht als eine reine Verfahrensvorschrift sofortige Geltung (zu vgl. Entsch. des Reichsger. in Zivils. 16 S. 398).

Wahlberechtigung und Wählbarkeit der Auftraggeber der Hausgewerbtreibenden.

8. **Nach Neuß.** Antwort: Durch § 3 Abs. 1 Ges. v. 4. 8. 14 (RGBl. S. 337, ArbVers. S. 569)

Digitized by Google

sind die Vorschriften der RVO. über die hausgewerbliche Krankenversicherung für die Dauer des Krieges außer Kraft gesetzt und nach Abs. 2 nur noch eine Regelung dieser Versicherung „durch statutarische Bestimmung" zugelassen worden, d. h. durch Ortsstatut, wie sich aus der dort vorgesehenen Mitwirkung der Gemeinde ergibt. Ein Ortsstatut aber ist für Ihren Bezirk nach Ihren Angaben nicht erlassen. Jene notrechtlichen Bestimmungen sind, obwohl sie nur „für die Dauer des Krieges" erlassen waren, nicht etwa mit dem Friedensschluß von selbst hinfällig geworden, da nach § 4 a. a. O. es dem Bundesrat (jetzt dem Reichsrat) vorbehalten ist, zu bestimmen, wann das Gesetz außer Kraft tritt, und da eine solche Bestimmung hinsichtlich der hausgewerblichen Krankenversicherung bisher nicht getroffen ist. In diesem Sinne hat sich auch der Reichsarbeitsminister in Übereinstimmung mit dem RVA. geäußert in einem Bescheide vom 5. 8. 20 (II E 850/14). Aufgehoben ist hiernach für Ihren Bezirk vor allem auch die für die hausgewerbliche Krankenversicherung grundlegende Vorschrift des § 165 Abs. 1 Ziff. 6 und folglich auch alle darauf bezüglichen Bestimmungen der Kassensatzung. Die Hausgewerbtreibenden sind also bei Ihnen nicht versicherungspflichtig und ihre Auftraggeber kommen daher nicht als Arbeitgeber, die Wahlrechte in Anspruch nehmen könnten, in Betracht. Wahlberechtigung und Wählbarkeit stehen vielmehr nur den Hausgewerbtreibenden selbst zu, und zwar, da sie begrifflich „selbständige Gewerbtreibende" sind (§ 162 RVO.), in ihrer Eigenschaft als Arbeitgeber ihres Hilfspersonals. — Anders läge die Sache, wenn die hausgewerbliche Krankenversicherung dort durch Ortsstatut geregelt und den Auftraggebern eine Beitragspflicht auferlegt wäre; auch dann würden wir zwar nicht mit Jaeger („Krankenkassenwahlen" S. 10) annehmen, daß die Auftraggeber ohne weiteres hinsichtlich der Wahlrechte den Arbeitgebern gleichstehen (zu vgl. § 479 Abs. 2 RVO.), wohl aber, daß sie durch das Ortsstatut den Arbeitgebern gleichgestellt werden können.

Zur Befreiung von der eigenen Beitragsleistung (§ 390 AngestVersGes.) nach dem neuen Ges. v. 31. 5. 21.

9. **Nach Düsseldorf-Rath.** Frage: Durch das Gesetz über Änderung des Versicherungsgesetzes für Angestellte vom 23. Juli 1921 (RGBl. S. 1173, ArbVers. Heft 24 S. 473) sind die Angestellten mit einem Jahresarbeitsverdienst bis 30 000 M. vom 1. 8. 21 ab der Versicherungspflicht unterworfen. Der § 390 AngestVersGes. betr. Befreiung von der eigenen Beitragspflicht durch Abschluß einer Lebensversicherung ist durch dieses Gesetz nicht geändert. Eine Anzahl von Angestellten hat nun zwischenzeitlich eine Lebensversicherung abgeschlossen, um nicht neu in die Angestelltenversicherung zu kommen. Wir bitten um Beantwortung folgender Fragen:

a) Können die Neuversicherten (also die ab 1. 8. 1921 erstmalig in die Versicherung kommenden Angestellten) auf Grund der Lebensversicherung von der eigenen Beitragsleistung befreit werden?

b) Wie liegen die Verhältnisse in folgendem Falle: Ein Angestellter war beim Inkrafttreten der Angestelltenversicherung durch Lebensversicherung von der eigenen Beitragsleistung befreit und hat sich dann später beim Überschreiten der 15 000 M.-Grenze freiwillig in der niedrigsten Klasse weiterversichert; jetzt wird er wieder versicherungspflichtig in der höchsten Klasse mit 48 M. Monatsbeitrag. Die Lebensversicherungsprämie entspricht jedoch heute nicht mehr seinem Angestelltenversicherungsbeitrag von 288 M. fürs Jahr. Ist in diesem Falle noch eine weitere Befreiung zulässig durch Erhöhung der Lebensversicherung?

Antwort: Das neue Gesetz ist lückenhaft. Es enthält nicht eine dem § 5 des Gesetzes v. 31. 5. 1920 (RGBl. S. 1144, ArbVers. S. 371) entsprechende Vorschrift, wonach diejenigen Angestellten, die infolge der damaligen Heraufsetzung der Verdienstgrenze von 5000 auf 15 000 M. versicherungspflichtig wurden, unter näher bestimmten Voraussetzungen auf Antrag von der eigenen Beitragsleistung befreit werden konnten, wenn für sie bis zum 30. 6. 20 der Abschluß eines Lebensversicherungsvertrages beantragt worden war. Es ist selbstverständlich ausgeschlossen, etwas Ähnliches in das neue Gesetz hineinzudeuten. Vielmehr müssen bei dem Mangel einer solchen, der neuerlichen Erhöhung der Verdienstgrenze angepaßten Vorschrift beide Fragen verneint werden. Im ersten Falle ist das ohne weiteres klar; es muß aber auch im zweiten Falle gelten. Hier hatte sich zwar der Angestellte gemäß § 390 AngestVersGes. von der eigenen Beitragsleistung befreit und später, als sein Verdienst sich über die Grenze von 15 000 M. erhöht hatte, sich gemäß § 6 des Gesetzes freiwillig weiterversichert; aber wie die Befreiung von der eigenen Beitragspflicht durch die freiwillige Weiterversicherung abgelöst wurde, so erledigt sich jetzt durch die abermalige Ausdehnung der Verdienstgrenze auch die freiwillige Versicherung, und es ist Versicherungspflicht ohne Möglichkeit einer Befreiung von der eigenen Beitragspflicht eingetreten. Abhilfe gegen diese offenkundigen Unbilligkeiten wird nur der Gesetzgeber schaffen können. Er wird bestimmen müssen, daß und wie die neuerdings in die Versicherungspflicht Einbezogenen sich durch Lebensversicherung von der eigenen Beitragspflicht befreien können, und ferner, daß und wie diejenigen, deren Lebensversicherung zur Befreiung von der eigenen Beitragspflicht nach der neuerlichen Erhöhung der Verdienstgrenze nicht mehr hinreicht, entweder die Befreiung durch Erhöhung der Lebensversicherung aufrechterhalten oder die Anrechnung der Versicherungsprämie auf die Beiträge zur Angestelltenversicherung beanspruchen können.

Verletzung eines Schülers durch einen Mitschüler; kein Erstattungsanspruch der Krankenkasse.

10. **Nach Kleinsaubernitz.** Antwort: Wenn ein 13jähriger Knabe in der Schule einen gleichalterigen Mitschüler, den Sohn eines Kassenmitgliedes, mit dem Taschenmesser verletzt und die Kasse dieserhalb gemäß ihrer Satzung Krankenhilfe gewährt hat (§ 205 Ziff. 1 RVO.), so ist kein Rechtsgrund zu finden, aus welchem die Kasse berechtigt sein sollte, von den Eltern des Verletzten oder von dem Vater des schuldigen Knaben, der doch in der Schule seinen Sohn nicht beaufsichtigen konnte (zu vgl. § 832 BGB.), Erstattung zu verlangen. Die Kasse muß insbesondere auch die vollen Kosten der von ihr bewilligten Krankenhauspflege tragen.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Str. 12.
Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., in Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

Heft 1329 der ganzen Folge.

38. Jahrgang | 21. September 1921 | Heft 27

Können für die im Gemeindedienst beschäftigten Personen Betriebskrankenkassen errichtet werden?

Vom Wirklichen Geh. Ober-Regierungsrat Dr. Hoffmann in Berlin-Grunewald.

Betriebskrankenkassen können an sich, wie schon der Name andeutet, nur für Betriebe errichtet werden. Dabei wird unter „Betrieb" die Gesamtheit der Einrichtungen verstanden, die der Bearbeitung von Rohstoffen zum Zweck der Herstellung gewerblicher Erzeugnisse dienen. Nach dem Gesetz, betr. Krankenversicherung der Arbeiter, vom 15. Juni 1883 (RGBl. S. 73) war die Errichtung von Betriebskrankenkassen nur für Betriebe gestattet, die dem gesetzlichen Versicherungszwang nach § 1 unterlagen. Da nach dieser Vorschrift die gesetzliche Versicherungspflicht sich nur auf Arbeiter in Fabriken im weiteren Sinne (Fabriken, Salinen, Aufbereitungsanstalten, Brüche, Gruben, Hüttenwerke, Eisenbahn- und Binnenschiffahrtsbetriebe, Werften und Bauten), im Handwerk, in anderen Gewerbebetrieben und in sonstigen Betrieben mit Dampfkesseln oder elementaren Triebwerken erstreckte, so war es nicht zweifelhaft, daß Betriebskrankenkassen nicht für andere Betriebe, insbesondere auch nicht für Betriebe, auf die nach § 2 KVG. durch Statut einer Gemeinde oder eines Gemeindeverbandes die Versicherungspflicht erstreckt worden war, errichtet werden durften. Danach konnten Betriebskrankenkassen auch nicht für land- und forstwirtschafliche Betriebe errichtet werden. Bei Erstreckung der Versicherungspflicht auf weitere Betriebe durch das Gesetz über Ausdehnung der Unfall- und Krankenversicherung vom 28. Mai 1885 (RGBl. S. 159) wurde in dieser Rechtslage eine Änderung nicht herbeigeführt.

An dem Grundsatze, daß Betriebskrankenkassen nur für Betriebe errichtet werden dürfen, die dem gesetzlichen Versicherungszwang unterliegen, hielt auch das Krankenversicherungsgesetz vom 10. April 1892 fest, dessen § 59 als Betriebskrankenkassen gleichfalls solche Krankenkassen bezeichnete, welche für einen der im § 1 bezeichneten Betriebe oder für mehrere dieser Betriebe errichtet waren. Die Rechtslage wurde nun insofern verändert, als der gesetzliche Versicherungszwang auf Tätigkeiten erstreckt wurde, die als eine Beschäftigung im gewerblichen Betriebe nicht angesehen werden konnten. Das galt insbesondere für das Handelsgewerbe, den Geschäftsbetrieb der Anwälte, Notare, Gerichtsvollzieher, der Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Versicherungsanstalten. Für Personen, die eine Tätigkeit in Betrieben der zuletzt bezeichneten Art ausübten, konnten also Betriebskrankenkassen errichtet werden, doch kam die Errichtung solcher Kassen deshalb kaum in Frage, weil die für die Betriebskrankenkassen nach § 60 KVG. verlangte Voraussetzung der Beschäftigung von 50 versicherungspflichtigen Personen, abgesehen vielleicht vom Handelsgewerbe und den

Digitized by Google

Versicherungsträgern, nur selten erfüllt war. Das Festhalten an dem Grundsatz, daß nur für die dem gesetzlichen Versicherungszwang unterliegenden Betriebe eine Betriebskrankenkasse errichtet werden dürfe, war um so auffälliger, als die Gelegenheit zur Ausdehnung des Versicherungszwanges erheblich erweitert wurde. So wurde durch § 2 Ziff. 2 KVG. den Gemeinden das Recht eingeräumt, durch statutarische Bestimmungen die Versicherungspflicht auf die in Kommunalbetrieben und in Kommunaldiensten beschäftigten Personen, die dem Versicherungszwang noch nicht unterlagen, auszudehnen und durch § 2a KVG. der Reichskanzler sowie die Landeszentralbehörden ermächtigt, den Versicherungszwang auf solche im Dienste des Reichs oder eines Staates beschäftigten Personen zu erstrecken, welche nicht bereits nach den gesetzlichen Vorschriften der Versicherungspflicht unterlagen. Diese Änderung des § 2 KVG. wurde wie folgt begründet:

„Durch die Aufnahme einer neuen Ziff. 2 soll die Möglichkeit gegeben werden, einem mehrfach hervorgetretenen Bedürfnisse zu entsprechen. Während Personen, welche in Betrieben der unter § 1 Ziff. 1 und 3 bezeichneten Art beschäftigt werden, auch dann versicherungspflichtig sind, wenn diese Betriebe solche des Reichs, des Staates oder einer Kommune sind, und während die in einer weiteren Reihe von Reichs- und Staatsbetrieben beschäftigten Personen durch die §§ 1 Ziff. 1 und 15 des Gesetzes über die Ausdehnung der Unfall- und Krankenversicherung vom 28. Mai 1885 der Versicherungspflicht unterworfen sind, gibt es noch eine Anzahl in öffentlichen Betrieben beschäftigte Personen, welche, obwohl sie nach ihren wirtschaftlichen und sozialen Verhältnissen den unter die §§ 1 und 2 fallenden Personen völlig gleichstehen, nur deshalb von der Krankenversicherung ausgeschlossen sind, weil die Betriebe, in denen sie beschäftigt sind, nicht als Gewerbebetriebe angesehen werden können. Dahin gehören z. B. die bei manchen Behörden bestehenden lithographischen Anstalten, die städtischen Reinigungsanstalten, die Berufsfeuerwehren und andere. Je nach den Verhältnissen empfiehlt es sich um so mehr, diese Personen dem Versicherungszwang zu unterwerfen, als diese vielfach von der Beschäftigung in öffentlichen Betrieben zu derjenigen in gleichartigen Gewerbebetrieben übergehen und umgekehrt. Aber nicht nur für diese in Betrieben, d. h. bei wirtschaftlicher Tätigkeit beschäftigten Arbeiter des Reichs, der Staaten und Kommunalverbände, sondern auch für manche andere untere Bedienstete derselben, z. B. Polizeibedienstete, unteres Bureaupersonal, empfiehlt es sich je nach ihren speziellen Verhältnissen nicht selten, sie der Versicherungspflicht zu unterstellen."

Bei strenger Beobachtung des Wortlauts des § 59 ergab sich danach die Rechtslage, daß zwar für Gemeindebetriebe der in § 1 bezeichneten Art, nicht aber für Gemeindebetriebe der in § 2 Ziff. 2 bezeichneten Art oder für die im Kommunaldienst beschäftigten Personen Betriebskrankenkassen errichtet werden durften. Ebenso waren weder das Reich noch die Bundesstaaten berechtigt, für andere als die im § 1 bezeichneten Betriebe oder für die in ihren Diensten beschäftigten Personen Betriebskrankenkassen zu errichten, wenn auf Grund des § 2a KVG. die Versicherungspflicht ausgedehnt worden war. In der Praxis hat man sich aber über diese eigentümliche Rechtslage hinweggesetzt, denn es sind nicht nur Betriebskrankenkassen für die in allen Kommunalbetrieben beschäftigten Personen, sondern auch für Personen im Kommunaldienst errichtet worden. Auch bei Ausdehnung des Versicherungszwanges auf die in Betrieben oder in Diensten des Reichs oder eines Bundesstaates beschäftigten Personen auf Grund des § 2a KVG. wurde die Frage nach der Zulässigkeit der Errichtung von Betriebskrankenkassen geprüft und im Hinblick darauf bejaht, daß in den §§ 2 und 2a KVG. die Ausdehnung des Versicherungszwanges in die Worte gekleidet war „die Anwendung der Vorschriften des § 1 kann erstreckt werden". Durch die Anwendung der Vorschriften des § 1 würden

Digitized by Google

die in den §§ 2, 2a RVG. bezeichneten Personen den im § 1 a. a. O. angeführten Personen in jeder Beziehung gleichgestellt, so daß auch für sie die Errichtung von Betriebskrankenkassen unter den im § 59 RVG. aufgeführten Voraussetzungen möglich sei.

Durch § 245 RVO. ist die Errichtung von Betriebskrankenkassen für alle Betriebe, in denen mindestens 150 versicherungspflichtige Personen beschäftigt werden, sowie für jeden landwirtschaftlichen und Binnenschiffahrtsbetrieb mit mindestens 50 solcher Personen zugelassen. Sofern die von Gemeinden beschäftigten Personen als in einem Betriebe beschäftigt angesehen werden können, dürfen Betriebskrankenkassen errichtet werden ohne Rücksicht darauf, ob der Betrieb ein gewerblicher ist oder nicht. Herrscht nunmehr über die Errichtung von Betriebskrankenkassen für „Betriebe" volle Klarheit, so ist die Frage nach der Zulässigkeit der Errichtung von Betriebskrankenkassen für Dienstbetriebe immer noch mangelhaft geregelt, denn der § 246 RVO. sagt, daß das Recht zur Errichtung von Betriebskrankenkassen unter den gleichen Voraussetzungen auch den Verwaltungen des Reichs und der Bundesstaaten für ihre Dienstbetriebe zusteht. In der Begründung wird dazu ausgeführt:

„Durch § 246 wird klargestellt, was bisher teilweise bestritten war, daß das Reich und die Bundesstaaten nicht nur für die in ihren Betrieben, sondern auch für die in ihrem Verwaltungsdienste (Dienstbetrieb) beschäftigten Versicherungspflichtigen eine Betriebskrankenkasse errichten dürfen."

Merkwürdigerweise sind hier die Dienstbetriebe der Gemeinden und Gemeindeverbände ausgelassen. Infolgedessen besteht in der Literatur Streit über die Berechtigung der Gemeinden und Gemeindeverbände, für die in ihren Dienstbetrieben beschäftigten Personen Betriebskrankenkassen zu errichten oder die in diesen Dienstbetrieben beschäftigten Personen gemeinsam mit den in anderen Kommunalbetrieben beschäftigten Personen Betriebskrankenkassen zu errichten*).

*) Zu vgl. die Auskunft hier, Heft 23 S. 460 (Schriftleitung).

Wird auf den Wortlaut des § 246 ausschlaggebendes Gewicht gelegt, so muß den Gemeinden die Berechtigung zur Errichtung von Betriebskrankenkassen für ihre Dienstbetriebe abgesprochen werden. Die vom Gesetzgeber beabsichtigte Klarstellung dieser Frage ist nicht ausreichend. Zutreffender erscheint aber die Auffassung, daß es sich im vorliegenden Falle nur um eine unbeabsichtigte Lücke der Gesetzgebung handelt. In der Tat kann ein vernünftiger Grund dafür, daß die Dienstbetriebe der Gemeinden und Gemeindeverbände gegenüber den Dienstbetrieben des Reichs und der Länder nachteiliger behandelt werden sollen, nicht gefunden werden, zumal die Reichsversicherungsordnung an anderen Stellen die Gemeinden und Gemeindeverbände mit dem Reich und den Ländern in einer Reihe aufführt und gleich behandelt. So sind nach § 169 RVO. neben den in Betrieben oder im Dienste des Reichs oder eines Landes beschäftigten Personen, die in Betrieben oder im Dienste der Gemeinden oder Gemeindeverbände beschäftigt sind, bei Zusicherung des dort näher bezeichneten Anspruchs versicherungsfrei. Ebenso sind nach § 172 Ziff. 1 Beamte, die lediglich für ihren Beruf ausgebildet werden, versicherungsfrei ohne Rücksicht darauf, ob sie vom Reich, von einem Lande, von einer Gemeinde oder von einem Gemeindeverband beschäftigt werden.

Erheblich erschüttert wird allerdings diese Auffassung durch einen Vorgang in der neuesten Gesetzgebung. Nach § 317 Abs. 3 RVO. kann die Kasse mit den Verwaltungen von Reichs- und Staatsbetrieben Abweichendes über die Meldungen vereinbaren. Nach Art. XXIV des Entwurfs eines Gesetzes über Abänderungen in der Reichsversicherungsordnung, der zur Zeit dem Reichstage zur Beschlußfassung vorliegt, soll die betreffende Vorschrift folgende Fassung erhalten:

„Die Kasse kann die Verwaltungen von Reichs-, Staats- und Gemeindebetrieben sowie mit den Unternehmern von Binnenschiffahrtsbetrieben Abweichendes über die Meldungen vereinbaren."

Die Änderung wird in folgender Weise begründet:

Digitized by Google

„Ebenso ist es angezeigt, hier die Gemeindebetriebe den Reichs- und Staatsbetrieben gleichzustellen. Es wird mithin zugelassen, daß auch für die genannten Betriebe mit den Kassen wegen der Meldung besondere Vereinbarung getroffen wird."

Wenn also für die Gleichstellung der Gemeinden mit dem Reiche und den Ländern im Rahmen des Meldewesens eine besondere gesetzliche Vorschrift für notwendig gehalten wird, dann kann nicht mit Unrecht die gleiche Forderung für die Errichtung von Betriebskrankenkassen für Dienstbetriebe erhoben werden. Den Gemeinden und Gemeindeverbänden würde damit das Recht zur Errichtung solcher Betriebskrankenkassen abgesprochen werden, und die Versicherung der im Kommunaldienst beschäftigten Personen dürfte in Betriebskrankenkassen für Gemeindebetriebe nicht erfolgen; denn aus der Vorschrift des § 246 Satz 2 RVO. in Verbindung mit § 245 Abs. 3, 4 RVO., wonach die in Dienstbetrieben beschäftigten Personen in den Betriebskrankenkassen für Dienstbetriebe zu versichern sind, ist zu folgern, daß, solange solche Kassen nicht bestehen, die Versicherung dieser Personen bei den allgemeinen Ortskrankenkassen bewirkt werden muß.

Nach der ganzen Entwicklung, die diese Frage bisher genommen hat, darf angenommen werden, daß die oberste Verwaltungsbehörde in Preußen, die nach § 254 RVO. über Beschwerden gegen die Genehmigung von Betriebskrankenkassen in letzter Instanz zu entscheiden hat, die Errichtung von Betriebskrankenkassen für Dienstbetriebe für den Dienst der Gemeinden und Gemeindeverbände nicht beanstanden wird. Immerhin könnte das Reichsversicherungsamt einer anderen Auffassung zuneigen. Alsdann bliebe nichts anderes übrig, den § 246 RVO. in der gleichen Weise zu ergänzen, wie jetzt der § 317 Abs. 3 RVO. vervollständigt worden ist. Dabei würde es sich empfehlen, durchweg zwischen Betrieben und Diensten zu unterscheiden und die Errichtung von Betriebskrankenkassen allen Arbeitgebern für Betriebe, die Errichtung von Betriebskrankenkassen für Dienstbetriebe jedenfalls den öffentlichen und nicht öffentlichen Körperschaften zu gestatten. Wird der Ausdruck „Betrieb" nicht in dem engeren Sinne der Einrichtung zur Herstellung von Erzeugnissen durch Verarbeitung von Rohstoffen, sondern in dem weiteren landläufigen Sinne aufgefaßt, dann fallen darunter alle Geschäfts- und Dienstbetriebe. Der § 246 RVO. könnte unbedenklich fortfallen. In der Begründung zu § 245 RVO. müßte zum Ausdruck gebracht werden, daß unter „Betrieb" nicht nur gewerbliche Betriebe und solche Betriebe, die, wenn sie nicht für den eigenen Bedarf betrieben werden, als Gewerbebetriebe angesehen werden müssen, sondern auch Dienst- und Geschäftsbetriebe, überhaupt jede Art von Betrieb zu verstehen sind.

Anmerkung: Zu vgl. Hahn, Anm. zu § 286, Siefart-Sitzler, Anm. 3 Abs. 1 zu §§ 245 und Anm. zu § 246; Petersen, Anm. zu § 246; ArbVers. 1921 S. 460 Ziff. 6; ZentrBl. f. RVers. 1921 Sp. 528.

Renten und Einkommen im Reichsversorgungsgesetz und in der Unfallversicherung.

Von Dr. J. Mühlenfeld in Wilhelmshaven.

In der „Berufsgenossenschaft" Nr. 5 und 7 von 1921 werden Mitteilungen über die Verdienste der Sozialrentner gemacht; dabei wird festgestellt, daß selbst Schwerbeschädigte in der Regel vollen oder nur mäßig beschränkten Lohn „verdienen". Bei Leichtverletzten dürfte dies tatsächlich auf die Leistungsfähigkeit zurückzuführen sein, während sonst wohl vielfach ein Entgegenkommen des Arbeitgebers bei der Lohnbemessung angenommen werden muß. Die Notiz in Nr. 7 der „BG." spricht hauptsächlich von Kriegsbeschädigten; der Umstand, daß diesen Kriegsbeschädigten ihr Verdienst gemäß § 63 RVG.

Digitized by Google

auf die Rente zum Teil angerechnet wird, regt mich zu einem Vergleich zwischen RVG. und Unfallversicherung an.

I. Hierzu muß man noch einmal die Grundgedanken von RVG. und RVO. zu diesem Thema nebeneinanderstellen.

1. Das RVG. hat als Hauptgrundsatz den der Versorgung, d. h. der Pflicht des Reiches, denjenigen, die im Dienst der Gesamtheit ihre Gesundheit opfern mußten, ein auskömmliches Einkommen sicherzustellen, daneben die, den besonders schwer Geschädigten einen materiellen Ausgleich zukommen zu lassen. Hieraus entspringen die Renten, die erhöhten Renten für Schwerverletzte, die Mindestrenten für Verstümmelte, die Kinderzulagen. Das Wort „Versorgung" trägt in sich aber auch eine Beschränkung, deren Grundlage die allgemeine Wehrpflicht ist. Jeder Staatsbürger ist danach auch verpflichtet, Leib und Leben zur Verteidigung des Reiches einzusetzen und hat daher nicht ohne weiteres einen Anspruch auf Entschädigung. Wer sich also trotz Verletzung infolge genügenden Einkommens selbst helfen kann, erhält keine Versorgungsrente, bzw. nur die Schwerbeschädigtenzulage. Lediglich durch die bei höherem Einkommen ebenfalls sich vermindernde oder wegfallende Ausgleichszulage gibt das RVG. dem Entschädigungsgedanken Raum.

2. Der Grundgedanke der Unfallversicherung ist in erster Linie die Entschädigung für den Verdienstausfall mit der einschränkenden Seite der Versorgung: Beschränkung auf das Notwendige (Drittelungsgrenze, 40 000 M.-Grenze, Bemessung der Vollrente auf ⅔ des Verdienstes). Andererseits wird aber, dem Entschädigungsgrundsatz entsprechend, das Einkommen neben der Rente nicht berücksichtigt, wohl aber das frühere Einkommen weitgehend zugrunde gelegt (Parallele der Ausgleichszulage). Eine Entschädigung für Verstümmelung als solche kennt das Gesetz nicht. Nur der Grundsatz, daß Schwerbeschädigte einer auch verhältnismäßig höheren Rente bedürfen, hat durch das Zulageweſen für die Rentner aus der Zeit vor 1920 eine zweischneidige Anerkennung erfahren (Vernachlässigung der kleinen Renten).

II. 1. Der § 89 RVG. bestimmt, daß kein Arbeitgeber die Tatsache des Rentenbezuges zum Anlaß nehmen darf, den Entgelt anders festzusetzen, als es den Leistungen der Verletzten entspricht. Der Verletzte will (und soll) von seiner Arbeit, nicht von der Versorgung leben. Natürlich braucht kein Arbeitgeber einem nur halb Leistungsfähigen vollen Lohn zu geben. Kann er ihm allerdings, wie er pflichtgemäß möglichst tun soll, einen Arbeitsplatz zuweisen, an dem der Verletzte einen Vollarbeiter ersetzt, so hat er auch dementsprechend den vollen Lohn zu zahlen. Damit beginnt dann aber das Versorgungsamt, die Folgerungen aus § 63 RVG. zu ziehen und je nach der Höhe des steuerpflichtigen Einkommens von 7000 bis 16 000 M. (Vrdg. v. 31. 5. 21) die Rente in Teilbeträgen ruhen zu lassen. Da es natürlich Leichtverletzten viel eher möglich ist, eine Stelle mit vollem Lohn zu erhalten als Schwerverletzten, auch die Schwerbeschädigtenzulage wohl mehr dem körperlichen Schaden als dem Verdienstverlust gilt, wird hierdurch im Verhältnis der Kriegsrentner untereinander ein gewisser Ausgleich geschaffen. Ein weiterer Ausgleich ergibt sich hierdurch zwischen den Verletzten, die zwar gleich schwer geschädigt, aber im Einkommen nach Art des Arbeitsplatzes verschieden gestellt sind. Dabei wird aber, nach dem Grundsatz der Versorgung, wenig gefragt, was der Verletzte ohne die Verletzung verdienen könnte, sondern nur die Einkommensgrenze festgesetzt, über die hinaus der Verletzte den Schaden in der Hauptsache selbst zu tragen hat.

2. Wie verhält es sich nun unter gleichen Umständen in der Unfallversicherung? Die Berufsgenossenschaften ändern die Rente nicht, solange eine sonst gleichbleibende allgemeine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit besteht, mag der Verletzte nun durch einen günstigen Arbeitsplatz den gleichen Lohn verdienen wie vor dem Unfall oder aus Entgegenkommen des Arbeitgebers vollen Lohn beziehen oder auch einen dem Verhältnissatz

Digitized by Google

der Rente entsprechenden Lohnausfall haben. Wohl kann (vgl. Moesle-Rabeling, RVO. § 558, Anm. 8), wo dies für den Verletzten von Vorteil ist, der Fiskus mit ihm ein Übereinkommen dahin treffen, daß der Verletzte bei Zusicherung eines Diensteinkommens von mindestens dem Betrag der Rente (in der Praxis wohl meist voller Lohn) auf seine Rente ganz oder zum Teil verzichtet, da der Fiskus Arbeitgeber und, als Versicherungsträger, Entschädiger in einer Person ist. Ferner besteht in der Unfallversicherung nicht das Verbot des § 89 RVG (Versorgungsgebührnisse auf den Entgelt anzurechnen usw.); es wird aber in Tarifverträge aufgenommen. Von der Möglichkeit, Rente und Lohn ohne Schaden für den Verletzten abzustimmen, hat der Fiskus früher Gebrauch gemacht; die jetzigen Verhältnisse entziehen sich größtenteils meiner Kenntnis.

Es sind also, ziehen wir nur neue Renten, die den heutigen Löhnen entsprechen, in Betracht, die Leichtverletzten gegenüber den Schwerverletzten in einem gewissen Vorteil, anders als bei den Kriegsbeschädigten. Auch bleiben die Wirkungen einer ungleichen Behandlung durch verschiedene Arbeitgeber bestehen. Es sind also Verschiedenheiten im Verhältnis der Verletzten untereinander vorhanden. Im Verhältnis zu den Kriegsbeschädigten ergibt sich außerdem ein bedeutender Vorteil für die Unfallrentner, für die weder ihr Arbeitseinkommen noch — dem Entschädigungsgrundsatz entsprechend — ihr sonstiges Einkommen bei der Rentenbemessung in Frage kommt. Nimmt man noch hinzu, daß Verletzte tatsächlich in vielen Fällen besser verdienen als die Rentenbemessung annimmt, so ergibt sich, daß diesen in ihrer Renten gewissermaßen ein dauerndes Schmerzensgeld, zum Teil in großer Höhe, gewährt wird, und daß sie ihren gesunden Arbeitskollegen gegenüber oft ein unverhältnismäßig hohes Einkommen haben können.

III. Stehen diese Verhältnisse nun im Einklang mit den sozialen Ideen, denen Sozialversicherung und Versorgung ihre Entstehung verdanken? Der Grundsatz der allgemeinen Wehrpflicht, d. h. der Pflicht, sich ganz einzusetzen für das Volksganze, steht doch gewiß gleich dem, daß auch in Friedenszeiten jeder mit seiner Arbeit im Dienst des Ganzen steht oder stehen sollte. Die heutige Wirtschaftsform stellt allerdings das Eigeninteresse der Einzelpersonen wie das der Unternehmer an der Beschäftigung von Arbeitern diesen Erwägungen voran. Die Unfallversicherung entschädigt daher das verletzte Eigeninteresse des einzelnen durch Heranziehung der interessierten Arbeitgeber in den Berufsgenossenschaften, wobei die Arbeitgeber ihrerseits die Kosten durch Einberechnung in die Kostenveranschlagung ihrer Erzeugnisse wieder auf die Allgemeinheit abwälzen, die so doch letzten Endes die Lasten trägt. Die so von der Allgemeinheit aufgebrachten Mittel müssen nun aber in sozial gerechterer Weise und ohne unbegründete Bevorzugungen auf die ihrer Bedürftigen verteilt werden. Auch wenn man den Grundsatz der Entschädigung beibehalten will, dürfte doch manches aus der Kriegsbeschädigtenversorgung hierbei zum Vorbild dienen. Insbesondere wäre die Frage zu erörtern, ob nicht, ohne gerechtfertigte Ansprüche zu verletzen, die Erreichung des normalen Arbeitseinkommens wie vor dem Unfall (unter Außerachtlassung sonstigen Einkommens) ein Ruhen der Rente bzw. von Rententeilen, fallend mit der Schwere der Verletzung (Schwerbeschädigte, Verstümmelte) bedingen dürfte. Die hierdurch freiwerdenden Mittel wären zu einer besseren Entschädigung der Schwerverletzten (Kinderzulagen) und großen Hinterbliebenenfamilien, zu einer gerechteren Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes und der Vollrente zu verwenden, nicht zu vergessen eine Aufbesserung der Bezüge der alten Rentner.

Digitized by Google

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Weigerung eines Arztes, sich als Sachverständiger vernehmen zu lassen, wenn ihm nicht die verlangte Vergütung zugesichert wird.

Entscheidungen a) des Versicherungsamts der Stadt Königsberg i. Pr. v. 15. Januar 1921; b) des Oberversicherungsamts Königsberg v. 7. Juli 1921.

Der praktische Arzt Dr. P. hatte sich auf Ersuchen einer Militärintendantur bereit erklärt, über die unfallverletzte A. ein begründetes Gutachten abzugeben, wenn ihm für die Erstattung des Gutachtens ein Honorar von 40 ℳ zugebilligt würde. Die Intendantur erklärte hierauf, nach der Preuß. Gebührenordnung für approbierte Ärzte und Zahnärzte vom 1. September 1920 könne sie nur den Mindestsatz von 18 ℳ bezahlen. Als Dr. P. sich weigerte, für dieses Honorar ein Gutachten abzugeben, beantragte die Intendantur seine eidliche Vernehmung beim Versicherungsamt, unter Gewährung des Mindestsatzes der Gebührenordnung von 18 ℳ, wie sie es dem Sachverständigen unter Hinweis auf §§ 1582, 1571 Abs. 2 RVO. im Schreiben vom 1. September 1920 angekündigt hatte. Vor dem Versicherungsamt hielt Dr. P. seine Weigerung aufrecht.

a)

Das Versicherungsamt entschied: In der Unfallsache der Arbeiterin A. wird die Weigerung des prakt. Arztes Dr. P., sich als Zeuge und Sachverständiger vernehmen zu lassen, für unbegründet erklärt. — Gründe:

Der Sachverständige ist nach § 407 ZPO. in Verbindung mit §§ 1574, 1575 RVO. verpflichtet, seiner Ernennung zum Sachverständigen Folge zu leisten, da er die Wissenschaft, deren Kenntnis Voraussetzung der Begutachtung ist, öffentlich zum Erwerbe ausübt. Ein Recht zur Verweigerung des Zeugnisses und der Abgabe eines Gutachtens nach §§ 384 Ziff. 1, 408 ZPO. steht dem Sachverständigen nicht zu, da diese Bestimmungen voraussetzen, daß dem Zeugen und Sachverständigen durch die Beantwortung der ihm vorzulegenden Fragen in dem einen oder dem anderen Sinne, nicht durch eine Vernehmung als Zeuge oder als Sachverständiger überhaupt, ein unmittelbarer vermögensrechtlicher Schaden verursacht werden würde. Die von dem Sachverständigen gegen die Rechtsgültigkeit der Gebührenordnung für approbierte Ärzte und Zahnärzte vom 1. September 1920 (Regierungsamtsblatt S. 364) vorgebrachten Gründe sind nicht stichhaltig, da diese Gebührenordnung in § 80 der Gewerbeordnung ihre gesetzliche Grundlage hat. Auch die Auffassung des Sachverständigen, daß er nach § 2 Abs. 3 der Gebührenordnung das Dreifache des Mindestsatzes zu fordern berechtigt sei, ist nicht zutreffend, da dieser Absatz nur den Höchstsatz auf das Dreifache des Mindestsatzes herabsetzt, die Anwendung des ersten Absatzes, nach welchem in den daselbst vorgesehenen Fällen die Mindestsätze zur Anwendung gelangen sollen, aber nicht ausschließt. Demnach war nach § 1576 RVO., wie geschehen, zu entscheiden.

b)

Das Oberversicherungsamt erachtete die von Dr. P. erhobene Beschwerde gegen die Entscheidung des Versicherungsamts für begründet aus folgenden Gründen:

An sich erscheinen die Folgerungen in dem Beschluß des Versicherungsamts schlüssig und überzeugend; das Oberversicherungsamt kam trotzdem zu einem anderen Ergebnis aus folgenden Erwägungen: § 80 der Gewerbeordnung lautet, „die Bezahlung der approbierten Ärzte bleibt der Vereinbarung überlassen. Als Norm für streitige Fälle im Mangel einer Vereinbarung können jedoch für dieselben Taxen von den Zentralbehörden festgesetzt werden." — Die Bekanntmachung, betreffend den Erlaß einer Gebührenordnung für approbierte Ärzte und Zahnärzte, vom 1. September 1920 sagt im § 1, „den approbierten Ärzten stehen für ihre berufsmäßigen Leistungen in streitigen Fällen mangels einer Vereinbarung Gebühren nach Maßgabe der nachstehenden Bestimmungen zu". Unter II 16c ist die Höhe der Gebühren für ein Gutachten mit Angabe von Gründen auf 18 bis 400 ℳ festgesetzt, und im § 2 Abs. 3 heißt es zum Schutze der Landesversicherungsanstalten und der Berufsgenossenschaften, „wenn die Träger der Unfall-, der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung die Zahlungspflichtigen sind, so kommt als Höchstsatz nur das Dreifache des Mindestsatzes in Betracht". Gesetz und Bekanntmachung gehen also davon aus, daß das Normale, Höherstehende, Erwünschtere die Vereinbarung ist, daß nur, wenn sie nicht gelingt, bei Streit subsidiär Taxe und Gebührenordnung zugrunde zu legen sind. Das gilt ganz besonders auch für die Träger der Unfallversicherung, für die gerade darum, um sie vor zu hohen Forderungen zu schützen, § 2 Abs. 3 eingefügt wurde.

Auf die Art, wie hier die Intendantur vorgegangen ist, könnte sie immer einer Vereinbarung, von der der Gesetzgeber ausgeht, und für die er nach oben zu ihren Gunsten und sehr zur Begrenzung der ärztlichen Forderung, statt 400 nur 54 ℳ zuläßt, aus dem Wege gehen; sie könnte und würde in allen Fällen statt einer Vereinbarung für die — berufsmäßige — Leistung eine einseitige Fest-

Digitized by Google

stellung oder eine gesetzliche, erzwingbare Verpflichtung des anderen Kontrahenten immer zum Mindestsatze von 18 ℳ ermöglichen. Das hat der Gesetzgeber sicherlich nicht gewollt, und es kann von den Versicherungsbehörden und den Amtsgerichten nicht erwartet werden, daß sie zu solcher Handlungsweise, die eine Umgehung und Durchkreuzung gesetzgeberischer Absichten darstellt, ihre Hilfe leihen.

Allerdings besteht für die Berufsgenossenschaft die Pflicht, den behandelnden Arzt zu hören (§§ 1582, 1571 RVO.). Das kann aber nicht dazu führen, zum Schaden der Ärzte diesen die Vertragsfreiheit, von der Gewerbeordnung und Bekanntmachung ausgehen, zu verkümmern und den Versicherungsträgern zu helfen, daß die Ärzte auf dem Umwege des § 1576 gezwungen werden, jedesmal für den Mindestsatz von 18 ℳ ihre begründeten Gutachten abzugeben. Das wäre eine dauernde einseitige Parteinahme zuungunsten der Ärzte. Die Forderung von 40 ℳ hält sich im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen von 18 bis 54 ℳ; sie erscheint nicht übermäßig, bildete jedenfalls eine geeignete Grundlage für eine Vereinbarung.

Anmerkung der Schriftleitung: Beide Entscheidungen haben die Rechtslage verkannt. Kein Zeuge oder Sachverständiger kann die Erfüllung seiner im Gesetze begründeten Pflicht, sich als Zeuge oder Sachverständiger vernehmen zu lassen, deshalb verweigern, weil ihm nicht die geforderte Vergütung zugesichert wird. Er hat seiner Pflicht zu genügen und mag sich beschweren, wenn ihm dann nicht der geforderte Betrag angewiesen wird. Deshalb mußte — wie das Versicherungsamt aus unzutreffenden Gründen getan hat — die Weigerung für unbegründet erklärt, jede Erörterung der Gebührenfrage aber ausgeschieden werden. Beide Instanzen sind in eine solche Erörterung eingetreten und haben ihr die Gebührenordnung für Ärzte vom 1. 9. 20 zugrunde gelegt — wieder irrigerweise; denn ausschließlich maßgebend ist die deutsche Gebührenordnung für Zeugen und Sachverständige (in der Fassung vom 20. 5. 98 nebst Abänderungsgesetzen), wie sich zweifelsfrei aus § 1579 RVO. ergibt (zu vgl. auch Entsch. des RVA. Nr. 2504 Amtl. Nachr. 1919 S. 174).

B. Zur Krankenversicherung.

Einwirkung des Ges. über Wochenhilfe v. 29. 7. 21 auf laufende Leistungen aus Entbindungen vor dem 6. 8. 21.

Bescheid des **Reichsarbeitsministers** vom 29. August 1921 (II A. 1. 3086).

In Fällen, in denen die Entbindung vor dem 6. August 1921 stattgefunden hat, die Bezugsdauer für die Wochenhilfeleistungen am bezeichneten Tag aber noch läuft, ist vom 6. August 1921 ab Wochen- und Stillgeld in dem erhöhten Betrage zu zahlen.

Anmerkung: Der vorliegende, in einer klaren und knappen Gesetzessprache abgefaßte Satz würde sich, wenn er tatsächlich im Gesetze selbst enthalten wäre, dort sehr gut ausgenommen haben, und wir würden dies im Interesse der davon betroffenen Wöchnerinnen begrüßt haben. Aber der Minister, der es für angängig erachtet hat, seine persönliche Meinungsäußerung in diese Form einer gesetzlichen Anordnung zu kleiden, ist weder zu einem solchen Gesetzgebungsakte noch zu einer maßgebenden Auslegung (authentischen Deklaration) des Gesetzes vom 29. 7. 21 berufen; und die bloße Äußerung einer Ansicht ohne die Spur eines Versuchs der Begründung dürfen wir — auch wenn sie von dieser hohen Stelle ausgeht — nicht anstehen, als völlig wertlos, ja als irreführend zu bezeichnen. Denn in dem Gesetze selbst steht nichts, was es rechtfertigen könnte, den von dem Minister erfundenen Rechtssatz hineinzudeuten, und allgemeine Rechtsgrundsätze sowie die besondere geschichtliche Entwicklung der Gesetzgebung über Wochenhilfe stehen einer Auslegung im Sinne des Ministers direkt entgegen. Wir verweisen darüber auf unsere Darlegung im Heft 25 S. 498 und auf die Äußerung von Hoffmann in „Ortskrankenkasse" Nr. 16 Sp. 455, welche lautet: „In Ermangelung einer entsprechenden Vorschrift finden auf die vor dem Tage des Inkrafttretens des Gesetzes eingetretenen Versicherungsfälle noch die alten Vorschriften Anwendung, da der Unterstützungsanspruch auf dem Gebiete der Krankenversicherung seinem ganzen Umfange nach im Augenblick des Eintritts des Versicherungsfalls erworben wird. Für die Gewährung der Wochenfürsorge wird nach gleichen Grundsätzen zu verfahren sein."

Verhältnis der Absätze 1 und 2 des § 193 RVO.

Bescheid des **Reichsarbeitsministers** vom 19. August 1921 (II A. 2919).

Nach diesseitiger Auffassung beruht die dortige Anregung auf einer irrtümlichen Auslegung des § 193 Abs. 1, 2 RVO. Der § 21 Abs. 1 Nr. 2 des KrVersGes. gewährte der Kassensatzung das Recht, auch größere Heilmittel ohne Festsetzung eines Höchstbetrages zuzubilligen. Dieses Recht ist der Satzung in Abs. 2 des § 193 unbeschränkt aufrechterhalten worden. Der neue Absatz 1 des genannten Paragraphen bezieht sich nur auf den Fall, daß die Satzung von der Befugnis des Absatz 2 keinen Gebrauch gemacht hat. Die Festsetzung eines Höchstbetrages für kleine Heilmittel sollte den Kassen nur einen gewissen Anhalt geben und sie gegen weitergehende Ansprüche der Versicherten schützen. Die Bestimmung, „daß die Kasse bis zu dieser Höhe einen Zuschuß für größere Heilmittel gewähren darf", bildet dann nur eine Ergänzung einer solchen Satzungsbestimmung. Sie will denjenigen Kassen, welche nach ihrer Satzung nicht größere Heilmittel

Digitized by Google

gewähren, die Möglichkeit geben, den Versicherten zur Selbstbeschaffung größerer Heilmittel wenigstens einen Zuschuß zu bieten, wie ihn die Kasse ihrerseits für die Beschaffung eines kleinen Heilmittels hätte verwenden können.

Dieser Rechtsauffassung ist das Reichsversicherungsamt vorbehaltlich einer Entscheidung im Instanzenzuge beigetreten.

Anmerkung: Zu vgl. Antrag auf Änderung des § 193 in ArbVers. 1921 S. 375. — Die Kasse, die uns diesen Bescheid mitteilt, fügt hinzu: sie werde in der Satzung „das Recht einräumen", kleinere und größere Heilmittel bis zum Höchstbetrage von 1000 M. „zu gewähren". Das klingt, als ob der Vorstand ermächtigt werden solle, nach Ermessen über diese Leistung zu befinden. Das wäre ein Irrtum. Die Leistung eines Zuschusses nach § 193 Abs. 1 RVO. ist allerdings in das Ermessen des Vorstandes zu stellen (Entsch. des RVA. Arb.-Vers. 1915 S. 422); nach der andersartigen Fassung des Abs. 2 aber kann die Kasse von der Befugnis, andere als kleinere Heilmittel zuzubilligen, nur so Gebrauch machen, daß sie in der Satzung die etwaigen Beschränkungen und Voraussetzungen bestimmt, unter denen ein Rechtsanspruch auf größere Heilmittel zugebilligt wird.

Genehmigung einer Satzungsänderung mit rückwirkender Kraft.

Beschluß des **Reichsversicherungsamts** vom 24. Juni 1921.

Der Ausschuß einer Allgem. Ortskrankenkasse hat folgenden Nachtrag zu seiner Satzung beschlossen: § 79 der Satzung erhält folgende Fassung: „Den Mitgliedern des Ausschusses, des Vorstandes und den von diesen Organen gewählten Kommissionen wird für Wahrnehmung der Geschäfte der Kasse für jede Sitzung oder Verhandlung neben dem nachgewiesenen Lohnausfall eine Aufwandsentschädigung von 10 ℳ für den halben Tag, umfassend vier Tagesstunden, einschließlich Hin- und Rückreise gewährt. Gegenwärtige Bestimmung soll mit Rückwirkung vom 2. Dezember 1919 ab in Kraft treten." Das Oberversicherungsamt hat diesem Beschluß mit der Maßgabe zugestimmt, daß er erst vom 31. August 1920 ab, als dem Tage des Eingangs des Beschlusses beim Versicherungsamt, in Wirksamkeit trete. Die Kasse erklärte sich hiermit nicht einverstanden. Hierauf hat das Oberversicherungsamt (Beschlußkammer) beschlossen: „Die Beschlußkammer stimmt der unter dem 13. Dezember 1920 erteilten Genehmigung und insbesondere der darin enthaltenen Maßgabe zu. Die Beschlußkammer versagt mithin die Genehmigung zum Inkrafttreten der am 10. August 1920 beschlossenen Änderung des § 79 der Satzung vom 2. Dezember 1919 an." Auf Beschwerde der Kasse hat das RVA. die Entscheidung aufgehoben und die Satzungsänderung ohne Einschränkung genehmigt. — Gründe:

Es ist davon auszugehen, daß es sich vorliegend nicht um die Festsetzung eines Pauschbetrages handelt (zu vgl. Entsch. 2077, Amtl. Nachr. des RVA. 1915 S. 646). Daher kann auch eine Zustimmung, von der in der Verfügung des Oberversicherungsamts vom 31. August 1920 die Rede ist, nicht in Frage kommen. Es handelt sich vielmehr lediglich um die Genehmigung der Satzungsbestimmung. Diese darf nach § 324 RVO. nur versagt werden, wenn die Satzung den gesetzlichen Vorschriften nicht entspricht. Inwiefern dieses der Fall sein soll, hat das Oberversicherungsamt nicht darzulegen vermocht. Ein Grund für eine Versagung der Genehmigung ist auch nicht etwa deshalb gegeben, weil der Ausschuß seinem Beschluß rückwirkende Kraft beigelegt hat. Dem Ausschuß steht es im allgemeinen frei, den Beginn der Wirksamkeit des Beschlusses zu bestimmen und ihn auf einen früheren oder späteren Zeitpunkt zu verlegen (zu vgl. auch Entsch. 2608, Amtl. Nachr. des RVA. 1921 S. 166). Nach allem rechtfertigt sich die getroffene Entscheidung.

Freimachung von Arbeitsstellen bei Krankenkassen — entgegen dem § 354 Abs. 2 RVO.

Erlaß des **Reichsarbeitsministers** vom 24. Dezember 1920 (RArbBl. 1921 S. 328).

Die Verordnung über die Freimachung von Arbeitsstellen vom 25. April 1920 (RGBl. S. 708) und die in dem Rahmen dieser Verordnung erlassenen örtlichen Anordnungen sind auf Grund der Demobilmachungsvollmachten ergangen und haben daher Gesetzeskraft, d. h. entgegenstehende Anordnungen früherer Gesetze treten dagegen zurück. Infolgedessen wird anzunehmen sein, daß Entlassungen auf Grund der Verordnung grundsätzlich auch dann durchzuführen sind, wenn durch sie ein nach einem früheren Gesetz entstandener Anspruch auf längere Beschäftigung verletzt wird, wie dies nach § 354 RVO. bei Krankenkassenangestellten der Fall ist. Tatsächlich wird aber zuzugeben sein, daß in den meisten Entlassungen dieser Art, besonders bei langjährigen Angestellten, eine erhebliche Härte liegen würde, die eine Anwendung des Milderungsparagraphen 7 der Verordnung rätlich erscheinen läßt. Die Durchführung der Verordnung liegt übrigens hinsichtlich der Angestellten der Krankenkasse, da die Kassen Körperschaften des öffentlichen Rechts sind, bei der für die Angestellten zuständigen Dienstaufsichtsbehörde, nicht bei dem Demobilmachungsausschuß; der letztere ist nur auskunftberechtigt (§ 21 der Verordnung).

Digitized by Google

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Bevorstehende Verteilung von Einnahmen aus dem Branntweinmonopol an die Krankenkassen.

Zur Verteilung des nach § 258 Ziff. 3 des Ges. v. 26. 7. 18 für die Krankenkassen zur Verfügung gestellten Betrages aus den Monopoleinnahmen (vgl. ArbVers. 1918 S. 459, 1919 S. 212) sind nach einer amtlichen Mitteilung die Vorarbeiten nunmehr soweit gefördert, daß die Gesamtaufstellung über die den einzelnen Kassen zustehenden Beträge demnächst zum Abschluß gebracht und dem Reichsarbeitsministerium zugeleitet werden kann. Über die Verteilung selbst und die Auszahlung der festgestellten Beträge wird das Reichsarbeitsministerium noch nähere Bestimmungen treffen. Zur Verteilung gelangen 60 Pf. für jedes Mitglied und Jahr nach der Durchschnittsmitgliederzahl. In Frage kommt der Zeitraum vom 1. Oktober 1919 bis 31. März 1920 (30 Pf.) und vom 1. April 1920 bis 31. März 1921 (60 Pf.).

Zur Umanerkennung nach dem Reichsversorgungsgesetz.

Um den berechtigten Klagen der Kriegsbeschädigten über zu langsames Fortschreiten der Durchführung des Reichsversorgungsgesetzes abzuhelfen, hat das Reichsarbeitsministerium sich entschlossen, die Umanerkennung der Beschädigten nicht mehr von den Hauptversorgungsämtern, sondern von den Versorgungsämtern vornehmen zu lassen. Während bisher die Versorgungsämter nur bei der Vorbereitung der erstmaligen Neufeststellung der nach früheren Militärversorgungsgesetzen berechneten Beschädigtenrenten mitwirken konnten, die Feststellung selber aber den Hauptversorgungsämtern vorbehalten war, soll diese Arbeit in Zukunft grundsätzlich von den Versorgungsämtern selbständig ausgeführt werden.

Das bisher geübte Verfahren war notwendig gewesen, weil in Anbetracht der grundlegenden Neuerungen des Reichsversorgungsgesetzes eine einigermaßen einheitliche Durchführung bei der Handhabung des Gesetzes durch über 300 Versorgungsämter nicht gewährleistet schien. Nachdem aber die Kenntnis des Gesetzes im Laufe eines Jahres Allgemeingut aller Versorgungsbehörden geworden ist, erscheint die erforderliche Einheitlichkeit in ausreichendem Maße gewährleistet, auch wenn die Versorgungsämter selbständig die Entscheidungen auf Grund des Reichsversorgungsgesetzes zu treffen haben. Das bisher geübte Verfahren hatte den Nachteil, daß bei den Hauptversorgungsämtern zahlreiche von den Versorgungsämtern vorbereitete Versorgungsakten eingingen, die das Hauptversorgungsamt mit seinen Arbeitskräften nicht erledigen konnte; d. h. die Arbeit der Hauptversorgungsämter konnte mit der der nachgeordneten Versorgungsbehörden nicht Schritt halten. Auch mußten bei dem früheren Verfahren stets mehrere Dienststellen an dem gleichen Versorgungsfall nacheinander arbeiten.

Durch den Wegfall der Tätigkeit des Hauptversorgungsamts wird also zweifellos eine große Beschleunigung in der Durchführung der Beschädigtenversorgung nach dem Reichsversorgungsgesetz erreicht werden. Die bei den Hauptversorgungsämtern freiwerdenden Arbeitskräfte sollen einerseits der Beschleunigung der Umanerkennung der Hinterbliebenen, die nach wie vor bei den Hauptversorgungsämtern erfolgt, zugute kommen, anderseits sollen sie zum Teil den Versorgungsämtern zur Verfügung gestellt werden.

Die vom Reichsarbeitsministerium erlassene Verordnung wird im Laufe der nächsten Monate in der Weise durchgeführt werden, daß bis zum 1. Januar 1922 im allgemeinen alle Versorgungsämter mit der selbständigen Bearbeitung beauftragt werden. Bis dahin sollen die Versorgungsämter, die noch nicht selbständig entscheiden, doch die Vorbereitung weiter als bisher durchführen, so daß die Akten nur noch einer Überprüfung durch das Hauptversorgungsamt bedürfen.

Für den Bereich der Hauptversorgungsämter Berlin und Stuttgart, bei denen die Verhältnisse besonders geartet sind, ist der Zeitpunkt für die Durchführung dieser Regelung nicht bindend. In Berlin sind bereits sämtliche Versorgungsämter mit der selbständigen Bearbeitung beauftragt worden, während im Bereich des Hauptversorgungsamts Stuttgart zunächst nur die in Stuttgart selbst befindlichen Versorgungsämter dazu ausersehen sind.

Der Fortgang der Umanerkennung wird seitens des Reichsarbeitsministeriums überwacht werden, um da, wo zu langsam gearbeitet wird, Abhilfe schaffen zu können.

Wenn alle an der Bearbeitung der Versorgung beteiligten Stellen verständnisvoll Hand in Hand arbeiten, ist von der Neuerung eine wesentliche Beschleunigung mit Sicherheit zu erwarten.

Die Allgemeine Ruhegehaltsversicherung deutscher Krankenkassen

(Sitz Weimar) hielt am 25. August 1921 ihre IV. ordentliche Jahresversammlung in Braunschweig ab. Außer dem Thüringischen Wirtschaftsministerium hatten folgende Verbände je einen Vertreter entsandt: Der Allgemeine Verband deutscher Landkrankenkassen, Sitz Perleberg, der Unterverband der Landkrankenkassen für Schlesien, Sitz Oels, und der Gesamtverband der Krankenkassen Deutschlands, Sitz Essen. Nach dem Bericht des Vorstandsvorsitzenden gehörten Ende 1920 der Ruhegehaltsversicherung an: 90 allgemeine Ortskrankenkassen mit 391 Angestellten (Ende 1919: 78 mit 317), 12 Landkrankenkassen mit je einem Angestellten (6 mit 6) und 1 Weiterversicherer (2), insgesamt 102 Kassen mit 403 Angestellten (86 mit 325). Der Zuwachs beträgt also 16 Kassen mit 78 Angestellten. Austritte von Kassen sind nicht erfolgt. — Im Berichtsjahre wurden für 2 Personen 1340,10 M. Ruhegehalt, für 3 Personen 1775,01 M. Witwengeld gezahlt und für 7 Personen wurden 412 M. Heilverfahrenkosten erstattet. Die Gesamtsumme der Aufwendungen betrug also 1920 3627,11 M. (1767,78 M.). Das Vermögen betrug Ende 1920 803 007,15 M., gegen 394 999,47 M. im Vorjahre. — Es wurden Satzungsänderungen beschlossen, von denen die Herabsetzung des Beitragssatzes von 12 v. H. auf 10 v. H. die wesentlichste ist. Hervorzuheben ist noch folgende Änderung: Der Betrag des Mindestruhegehalts und des Mindestwitwengeldes wurde auf das Doppelte erhöht.

Es besteht die Absicht, die Allgemeine Ruhegehaltsversicherung Deutscher Krankenkassen mit dem Versicherungsverein deutscher Krankenkassen zu verschmelzen. Von beiden Versicherungsanstalten wurden bereits Unterausschüsse zur Fortführung der Verhandlungen und Aufstellung einer neuen Satzung gewählt. Die

Digitized by Google

Rechte der Mitglieder der Allgemeinen Ruhegehaltsversicherung deutscher Krankenkassen (Weimar) bzw. der bei ihr versicherten Angestellten sollen aber bei der Verschmelzung immer gewahrt bleiben. Damit auch der Allgemeine Verband deutscher Landkrankenkassen (Perleberg) und der Gesamtverband der Krankenkassen Deutschlands (Essen) mit ihren Mitgliedskassen beitreten können, wird die ARVG. die Wünsche der beiden Verbände, soweit sich das irgend ermöglichen läßt, bei der Aufstellung der neuen Satzung berücksichtigen.

Merkblatt des Rentenausschusses Berlin (F. 1) über den Jahresarbeitsverdienst*).

1. Die Versicherungspflicht nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte hängt unter anderem davon ab, daß der Angestellte gegen Entgelt beschäftigt wird.

2. Über den Begriff: „Beschäftigungsverhältnis" vgl. Merkblatt F. 50.

3. Bei dem Begriff „Entgelt" ist der Nachdruck weniger auf die Benennung des Bezuges und auf die rechtliche Erscheinungsform, als auf den wirklichen Tatbestand und seinen wirtschaftlichen Inhalt zu legen. Demgemäß ist es für die Beitragspflicht nicht erforderlich, daß ein Rechtsanspruch des Versicherten gegen den Arbeitgeber auf Zahlung des Entgelts besteht. Vielmehr genügt es, wie sich aus § 2 des Gesetzes ergibt, wenn die Vergütung, oder wie die Leistung sonst genannt werden mag, auch nur gewohnheitsmäßig dem Angestellten gegeben wird. Sie muß aber stets als Gegenwert für die Leistung des Angestellten gedacht sein. Daher fällt eine Summe, die nur zur Deckung der ihm aus Anlaß des Dienstes entstehenden Unkosten bestimmt ist, nicht unter den Begriff Entgelt (Ehrenamt mit Dienstunkosten-Entschädigung).

4. Eine Mindestgrenze des die Versicherungspflicht begründenden Entgelts ist vom Gesetz nicht vorgesehen. Aber nicht jede geringfügige Barvergütung fällt unter den Begriff des Entgelts. Namentlich wird dies bei den Lehrlingen mehr zur Aufmunterung gewährten Zahlungen häufig zutreffen. Daher ist in der von der Reichsversicherungsanstalt und vom Rentenausschuß bisher beobachteten Rechtsübung als Grenze, bis zu der die einem Lehrling gewährte Barvergütung nicht als Arbeitsentgelt anzusehen ist, im allgemeinen der halbe Ortslohn (§§ 149, 150 der Reichsversicherungsordnung) für Arbeiter desselben Geschlechts und desselben Alters angesehen worden.

5. Nach § 7 des Gesetzes ist eine Beschäftigung, für die als Entgelt nur freier Unterhalt gewährt wird, versicherungsfrei. Freier Unterhalt ist dasjenige Maß von wirtschaftlichen Gütern, das zur unmittelbaren Befriedigung der notwendigen Lebensbedürfnisse des Arbeitnehmers erforderlich ist.

Neben dem vollständigen oder teilweisen Unterhalt gewährte unerhebliche Barlohnzahlungen (zum Beispiel sogenanntes Taschengeld), die den Empfänger in den Stand setzen sollen, gewisse geringfügige Lebensbedürfnisse zu befriedigen, haben häufig, auch wenn sie nicht lediglich freigebige Zuwendungen und dann überhaupt nicht „Entgelt" sind, keine selbständige rechtliche Bedeutung; vielmehr nehmen sie als nebensächliches Zubehör das Wesen der Hauptleistung, nämlich der Unterhaltsgewährung an. Ob dieses zutrifft, läßt sich nur nach Lage des einzelnen Falles unter Berücksichtigung der Lebensumstände der Beteiligten entscheiden. Der gleiche Geldbetrag kann in einfachen Verhältnissen von wesentlichem Werte, anderwärts aber im Vergleich zu höheren Unterhaltskosten oder für Angehörige besser gestellter Klassen nur ein Taschengeld sein. Übersteigt aber das monatliche Taschengeld den Betrag von 10 ℳ und wird gleichwohl Versicherungsfreiheit behauptet, so ersuchen wir um eine Anfrage unter Darlegung der näheren Umstände des Falles.

6. Nach § 1 des Gesetzes vom 31. Mai 1920 entfällt die Versicherungspflicht, wenn der Jahresarbeitsverdienst 15 000 ℳ übersteigt.

Bei der Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes ist nur das Einkommen aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung zu berücksichtigen, Einkünfte aus sonstigen Quellen bleiben hierbei außer Betracht.

7. Unter den Begriff „Entgelt" fallen zum Beispiel:

a) Gehalt oder Lohn;

b) Überstundengelder;

c) Provisionen;

d) Reisespesen, Reisekosten insoweit, als sie nicht auf einen durch die geschäftliche Tätigkeit verursachten notwendigen Mehraufwand zu rechnen sind, also entweder Ausgaben im Haushalt ersparen oder in bar erspart werden, mithin einen wirtschaftlichen Vorteil des Angestellten bedeuten.

Hiernach sind von den gewährten Reisespesen die Mehrkosten, die durch die Reisetätigkeit tatsächlich entstanden sind, abzusetzen; zum Beispiel Fahrtkosten und Trinkgelder ganz, von den Unterhaltskosten nur derjenige Teil, der ohne die Reisetätigkeit nicht hätte aufgewendet zu werden brauchen. Dieser Betrag wird für Reisende, die eine ständige Wohnung nicht unterhalten, kleiner sein als für andere Reisende; ebenso wird er für unverheiratete Reisende kleiner sein als für verheiratete.

Bei Reisenden, die „Vertrauensspesen" beziehen, kommt die Erzielung barer Ersparnisse an den Spesen nicht in Betracht. Demnach ist für sie als Entgelt nur derjenige Betrag in Ansatz zu bringen, den sie schätzungsweise dadurch ersparen, daß sie an Reisetagen den Lebensunterhalt von den Spesen, statt von ihren sonstigen Bezügen bestreiten.

e) Auslands-Zulagen insoweit, als sie nicht auf den durch den Aufenthalt im Auslande verursachten notwendigen Mehraufwand zu rechnen sind.

f) Teuerungszulagen, und zwar sowohl einmalige als auch fortlaufend gewährte. Demgemäß sind für Angestellte, die unter Hinzurechnung solcher Teuerungszulagen zu ihrem sonstigen Entgelt in eine höhere Gehaltsklasse kommen, die erhöhten Beiträge zu entrichten. Für Zulagen, die für einen bereits in der Vergangenheit liegenden Zeitraum gewährt werden, gilt Abschnitt 12 Satz 2.

g) Kleidergelder, wenn eine besondere Dienstkleidung nicht zu tragen ist, ganz, sonst insoweit sie für die Beschaffung von Dienstkleidung nicht verausgabt werden.

h) Mankogelder, und zwar in voller Höhe.

i) Gewinnanteile.

k) Gratifikationen, die einen Rechtsanspruch oder eine Gewohnheit zur Grundlage haben; eine Gewohnheit, die sich innerhalb der betreffenden Branche oder innerhalb des betreffenden Betriebes

---

*) Neue Fassung. — Zu vgl. die älteren Fassungen in ArbVers. 1916 S. 354, 1919 S. 293. — Die Erläuterungen sind zum großen Teil auch von Bedeutung für die Kranken- und die Invalidenversicherung.

Digitized by Google

herausgebildet hat, genügt; wird einem Angestellten gekündigt, so daß die Aussicht auf die am Ende des Geschäftsjahres zu zahlende Gratifikation wegfällt, so ist von der Kündigung ab die Gratifikation bei der Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes und der monatlich festzustellenden Gehaltsklasse außer Ansatz zu lassen; infolgedessen kann ein Angestellter unter Umständen in eine niedrigere Gehaltsklasse kommen oder — wenn er versicherungsfrei war, weil sein Jahresarbeitsverdienst die Höchstgrenze überstieg —versicherungspflichtig werden; die vor der Kündigung zuviel gezahlten Beiträge können aber nicht zurückgefordert werden, auch hat der Eintritt der Versicherungspflicht keine rückwirkende Kraft.

l) Diejenigen Beträge, die nach dem Dienstvertrage außer dem, dem Angestellten selbst zustehenden Entgelt an die für den Arbeitgeber nicht tätige Ehefrau des Angestellten zu zahlen sind. Es ist also der vom Arbeitgeber an beide Eheleute gezahlte Gesamtbetrag als Entgelt des angestellten Ehemannes anzusehen.

Ist dagegen die Ehefrau gleichfalls für den Arbeitgeber tätig, so ist, wenn der Gesamtentgelt an den Ehemann gezahlt wird, bei der Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes des Ehemannes derjenige Teil des Gesamtentgelts abzusetzen, der auf die Arbeitsleistung der Ehefrau entfällt.

m) Schulden-Tilgungsbeträge, die für die Leistung des Angestellten mit seinem Einverständnis unmittelbar an Dritte entrichtet werden.

n) Beträge, die der Arbeitgeber dem Sparguthaben des Angestellten gutschreibt.

o) Die Prämien für eine Lebensversicherung des Angestellten, welche vom Arbeitgeber gezahlt werden, wenn die Versicherung derart abgeschlossen ist, daß dem Angestellten aus dem Versicherungsvertrag ein unmittelbares Recht auf die Versicherungsleistung zusteht; das gleiche gilt für die vom Arbeitgeber zu den Prämien geleisteten Zuschüsse.

p) Wenn ein Arbeitgeber sich dem Angestellten gegenüber verpflichtet, die Arbeitnehmerbeiträge zur Kranken-, Invaliden- und Angestelltenversicherung aus eigenen Mitteln zu tragen, das heißt, wenn er auf den Abzug des dem Angestellten zur Last fallenden Teiles der Beiträge verzichtet, so kann dem die Absicht zugrunde liegen, dem Angestellten auf diese Weise ein entsprechend höheres Gehalt zuzuwenden, aber durch die gewählte Art der Regelung das Aufsteigen des Angestellten in eine höhere Gehaltsstufe mit Rücksicht auf die Bemessung der Beiträge zu vermeiden. In einem Falle dieser Art, der auf eine Umgehung des Gesetzes abzielt, muß der Beitragsanteil des Angestellten dem Gehalt bei der Bemessung der Beiträge zugerechnet werden.

Möglich ist aber auch eine andere Auffassung dieses Verhältnisses, nämlich dahin, daß der Arbeitgeber aus Wohlwollen, um dem Angestellten die Lasten der sozialen Versicherung zu erleichtern, den auf den Angestellten entfallenden Beitragsteil übernimmt. In einem solchen Falle ist eine Zuwendung dieser Art dem Entgelt nicht zuzurechnen.

q) Der Wert der dem Angestellten gewährten freien Fahrt vom Wohnort zur Arbeitsstätte und umgekehrt.

Das Recht der ständigen freien Fahrt auf gewissen Linien insoweit, als durch ihre außerdienstliche Benutzung Ersparnisse erzielt werden.

r) Die Gebühren, auf die manche Arten von Angestellten statt fester Bezüge oder neben solchen angewiesen sind.

s) Trinkgelder.

t) Die Sachbezüge, das heißt: alles, was als Gegenstand menschlichen Gebrauchs oder Verbrauchs verwendbar oder verwertbar ist, zum Beispiel: freier Unterhalt, freie Kleidung, freie Beköstigung, freie Wohnung, Heizung oder Beleuchtung, Landnutzung, Weide, Viehfutter, Aussaat, Leistung von Spanndiensten, freie ärztliche Behandlung.

Bei der Ermittlung des Jahresarbeitsverdienstes wird der Wert der Sachbezüge gemäß § 2 Absatz 2 des Gesetzes nach Ortspreisen berechnet, die die untere Verwaltungsbehörde festsetzt. Welches die untere Verwaltungsbehörde in den einzelnen Bundesstaaten ist, teilen wir auf besondere Anfrage mit.

Werden dem Angestellten vom Arbeitgeber oder in dessen Auftrage von einem Dritten Sachbezüge gegen einen so geringen Entgelt gewährt, daß die Unkosten der Sachbezüge den vom Angestellten dafür gezahlten Entgelt wesentlich übersteigen, so ist bei der Feststellung des Jahresarbeitsverdienstes der von der unteren Verwaltungsbehörde für Sachbezüge dieser Art festgesetzte Betrag abzüglich des vom Angestellten dafür gezahlten Entgelts in Ansatz zu bringen.

8. Nicht zum Jahresarbeitsverdienst gehören:
a) Pensionen,
b) Renten,
c) Kapitalzinsen,
d) Einkünfte aus Gesellschaftsanteilen,
e) Einkünfte aus einer selbständigen Unternehmertätigkeit,
f) Einkünfte aus jeder anderen nicht versicherungspflichtigen Tätigkeit,
g) die Entschädigung für erhöhte Abnutzung von Kleidungsstücken, Schuhzeug, bei Feld-, Garten-, Erd- usw. Arbeiten,
h) derjenige Teil der Vergütung, der zum Beispiel den Postagenten für Beschaffung, Heizung und Beleuchtung eines Dienstraumes gewährt wird und dafür erforderlich ist.

9. Von dem gewährten Entgelt dürfen bei der Berechnung des versicherungspflichtigen Jahresarbeitsverdienstes nicht abgesetzt werden:
a) die dem Angestellten zur Last fallenden Beiträge zur Kranken-, Invaliden- und Angestelltenversicherung,
b) das Fahrgeld für die Fahrten zu und von der Arbeitsstätte.

10. Wird einem erkrankten Angestellten das Krankengeld auf seinen Entgelt angerechnet, so ist der verbleibende Restbetrag als derjenige Arbeitsverdienst anzusehen, von dem Beiträge zu entrichten sind; verbleibt kein Restbetrag, so sind auch keine Beiträge zu entrichten.

11. Unerheblich ist, ob dem Angestellten wegen einer Gegenforderung des Arbeitgebers (zum Beispiel weil der Angestellte sich einer Veruntreuung schuldig oder sonst schadenersatzpflichtig gemacht hat) das Gehalt ganz oder teilweise nicht ausgezahlt wird.

12. Eine für die Zukunft in Aussicht gestellte Erhöhung des Entgelts bleibt außer Betracht. Eine mit rückwirkender Kraft ausgestattete Erhöhung des Entgelts ist vom Ersten desjenigen Monats zu berücksichtigen, in dem sie bewilligt ist.

13. Für die Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes sind diejenigen Bezüge, deren Höhe im voraus zahlenmäßig feststeht (unten Abschnitt I) von den anderen (Abschnitt II) zu trennen, und bei den letzteren gestaltet sich die Berechnung wiederum verschieden, je nachdem es sich um die Frage handelt, ob die für die Versicherungspflicht vorgesehene Höchstgrenze überschritten ist (Abschnitt II A), oder aber

Digitized by Google

um die Frage, in welcher Klasse die Beiträge zu entrichten sind (Abschnitt II B). Eine Besonderheit endlich gilt für die sogenannten Saisonangestellten (Abschnitt III).

I. Die Bezüge, deren Höhe im voraus zahlenmäßig feststeht, sind, wenn sie nicht jährlich gezahlt werden, für die Feststellung sowohl der Versicherungspflicht als auch der Gehaltsklasse auf ein Jahr umzurechnen. Als Jahresarbeitsverdienst gilt also bei wöchentlicher Zahlung das Zweiundfünfzigfache, bei monatlicher Zahlung das Zwölffache, bei vierteljährlicher Zahlung das Vierfache des gezahlten Betrages. Wird Tagelohn gewährt, so gilt als Jahresarbeitsverdienst das Dreihundertfache des Tagelohnes, vorausgesetzt, daß für Sonn- und Feiertage kein Entgelt gezahlt wird, andernfalls das Dreihundertfünfundsechzigfache.

Hierbei ist von den jeweilig gewährten Bezügen auszugehen ohne Rücksicht darauf, welcher Gesamtbetrag in dem betreffenden Kalenderjahr erreicht wird. Beläuft sich zum Beispiel das Monatsgehalt eines Angestellten vom 1. Januar bis zum 31. Oktober 1921 auf 1000 ℳ und seitdem auf 1500 ℳ, so ist der Angestellte bis zum 31. Oktober 1921 versicherungspflichtig, weil das Zwölffache des Monatsgehalts (12×1000 ℳ) unter der Höchstgrenze der Versicherungspflicht bleibt. Dagegen ist er vom 1. November 1921 ab nicht mehr versicherungspflichtig, weil fortan das Zwölffache des Monatsgehalts (12×1500 ℳ) die Höchstgrenze von 15 000 ℳ übersteigt, obgleich der Gesamtentgelt für das Kalenderjahr 1921 nur 13 000 ℳ beträgt.

Gratifikationen, die im voraus in bestimmter Höhe zugesichert werden, sind mit dem Betrage des laufenden Geschäftsjahres anzusetzen. Erhält zum Beispiel ein Angestellter monatlich 300 ℳ Gehalt und ist ihm eine feste Gratifikation von 1000 ℳ zu Weihnachten zugesagt, so ist er das ganze Jahr hindurch mit einem Jahresarbeitsverdienst von 4600 ℳ in der Klasse J zu versichern.

Garantierte Mindestbeträge ungewisser Bezüge gelten gleichfalls als festes Gehalt.

II. Was diejenigen Bezüge betrifft, deren Höhe nicht im voraus zahlenmäßig feststeht (Provisionen, Reingewinn aus Spesen, Gewinnanteile, nicht im voraus in bestimmter Höhe zugesicherte Gratifikationen, Überstundengelder, Trinkgelder, Gebühren usw.), so ist

A. für die Feststellung der Versicherungspflicht der voraussichtliche Jahresbetrag der Bezüge unter Berücksichtigung der gesamten Umstände des Einzelfalls zu schätzen. Diese Schätzung ist in der Regel beim Beginn des Beschäftigungsverhältnisses und, wenn Veränderungen in den Bezügen eintreten, beim Eintritt der Veränderungen vorzunehmen. Wechselt aber die Höhe der Bezüge dauernd (z. B. bei Provisionen, Spesen, Spielhonoraren und dergl.), so ist die Schätzung jedesmal zu demjenigen Zeitpunkt vorzunehmen, in dem der Beitrag zur Angestelltenversicherung nach § 181 des Gesetzes zu zahlen ist oder wäre. Als Unterlagen für die Schätzung können die Ergebnisse der Vorjahre, die Erfolge gleichgestellter Vorgänger und Mitangestellter, besondere Aussichten für die Zukunft usw. dienen. Wenn auf Grund einer derartigen, für jede Beitragsperiode vorzunehmenden gewissenhaften Schätzung die Frage der Versicherungspflicht entschieden ist, so gilt, falls nicht etwa Änderungen in den Vertragsbedingungen oder in den Schätzungsgrundlagen eintreten, diese Feststellung für das betreffende Jahr, auch wenn sich nachträglich herausstellen sollte, daß der tatsächliche Verdienst hinter dem schätzungsweise angenommenen zurückbleibt oder ihn übersteigt. Eine nachträgliche Versicherung oder eine Rückzahlung von Beiträgen kommt also in diesem Falle nicht in Frage.

B. Bei der Feststellung der Gehaltsklasse ist zunächst zu beachten, daß das Ergebnis ungewisser Bezüge zwar in den einzelnen Monaten verschieden ist, daß es aber oft am Ende der einzelnen Monate oder bei Fälligkeit des Beitrages feststellbar ist. Dies gilt z. B. für Spesen und Überstundengelder stets, für Provisionen dann nicht, wenn der Verdienst daraus nicht nur von dem Abschluß des Geschäfts, sondern noch von anderen, erst später eintretenden Umständen (z. B. Eingang der Bezahlung, des Preises oder der Prämie) abhängig ist.

Soweit ungewisse Bezüge am Schlusse eines Monats feststehen, ist ihr Ergebnis mit 12 zu vervielfältigen und in dieser Höhe in die Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes einzustellen.

Dagegen sind Bezüge, die am Schluß des betreffenden Monats noch nicht endgültig feststehen, in derjenigen Höhe anzusetzen, in der sie dem Angestellten im letzten Geschäftsjahr zugeflossen sind. Für den Fall, daß noch kein Ergebnis eines Geschäftsjahres vorliegt, ist zu unterscheiden:

a) Bezüge, die (wie Gewinnanteile oder Gratifikationen) erst am Schluß längerer Zeiträume gewährt werden, bleiben, solange sie dem Angestellten nur in Aussicht stehen, außer Betracht, und bei der Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes wird nur der sonstige Entgelt berücksichtigt.

b) Handelt es sich aber um Bezüge, die in kurzen Zeiträumen gewährt werden (wie z. B. Provisionen, die jeweilig nach dem betreffenden Abschluß oder monatlich gezahlt werden, wenn auch ihre endgültige Feststellung hiermit noch nicht getroffen ist), so ist am Schlusse des ersten Monats das tatsächliche Ergebnis der Bezüge in diesem Monat mit 12 zu vervielfältigen, am Ende des zweiten Monats ist das Mittel aus den beiden Monaten mit 12 zu vervielfältigen, am Ende des dritten das Mittel aus den drei Monaten und so fort bis zum Ablauf von zwölf Monaten. Hat z. B. ein Angestellter im ersten Monat 100 ℳ Provision verdient, im zweiten 200 ℳ und im dritten Monat 300 ℳ, so ist für die Beitragsberechnung im ersten Monat ein Jahresarbeitsverdienst von 1200 ℳ, im zweiten ein solcher von $\frac{100 + 200}{2} \times 12 = 1800$ ℳ, im dritten ein solcher von $\frac{100 + 200 + 300}{3} \times 12 = 2400$ ℳ zugrunde zu legen, es ist also im ersten Monat ein Beitrag der Klasse D, im zweiten ein Beitrag der Klasse E, und im dritten ein Beitrag der Klasse F zu entrichten. Ist der Angestellte erst am Fünfzehnten des ersten Monats eingetreten und hat er für den halben Monat 50 ℳ verdient, so sind für den ersten Monat gemäß § 177 des Gesetzes 8 v. H. von 50 ℳ, also 4 ℳ, zu entrichten. Für die folgenden Monate ist der Ertrag des ersten halben Monats auf einen vollen Monat umzurechnen. Der erste Monat ist also, wie im ersten Beispiel, mit 100 ℳ anzusetzen. Infolgedessen ergeben sich für den zweiten und dritten Monat dieselben Zahlen wie oben.

III. Bei den sogenannten Saisonangestellten, die ihr Gehalt nicht jährlich, sondern in kürzeren Zwischenräumen erhalten, aber nur für einen Teil des Jahres Gehalt beziehen, insbesondere zum Beispiel bei Schauspielern, berechnet sich der Jahresarbeitsverdienst

A. zur Feststellung der Versicherungspflicht in den verschiedenen Abschnitten des Jahres nach dem

Digitized by Google

wirklichen Einkommen, das der Betreffende in dem Kalenderjahre hat, soweit es sich im Augenblick der Prüfung der Versicherungspflicht feststellen läßt. Demnach kommen im Anfang des Kalenderjahres während der Dauer des Winterengagements für Schauspieler, die bereits ein Sommerengagement und ein Engagement für den folgenden Winter besitzen, auch diese Engagements, soweit sie in das laufende Kalenderjahr fallen, in Betracht, dagegen für solche, die noch nicht für den Sommer und den folgenden Winter engagiert sind, nur der in das Kalenderjahr fallende Teil des laufenden Winterengagements. Im Laufe des Sommerengagements kommt sowohl dieses als auch der in das Kalenderjahr fallende Teil des abgelaufenen Winterengagements sowie, wenn ein Engagement für den folgenden Winter bereits abgeschlossen ist, auch dieses bis zum Ablauf des Kalenderjahres zum Ansatz.

B. Dagegen ist für die Beitragsentrichtung der Jahresarbeitsverdienst nach § 17 Satz 1 zu berechnen, das heißt: er beträgt das Zwölffache der jeweiligen Monatsgage. Bezieht zum Beispiel ein Schauspieler für sechs Monate eine Monatsgage von 300 ℳ, so sind für ihn die Beiträge der einem Jahresarbeitsverdienst von 12 × 300 ℳ = 3600 ℳ entsprechenden Klasse H (3000 ℳ bis 4000 ℳ) zu entrichten, obwohl sein tatsächlicher Jahresarbeitsverdienst nur 1800 ℳ beträgt. Erhält er in den Wintermonaten je 500 ℳ, in den Sommermonaten je 100 ℳ, so sind im Winter die Beiträge der Klasse J, im Sommer die der Klasse D (1150 bis 1500 ℳ) zu entrichten. Beiträge der Klasse J sind auch dann zu entrichten, wenn das Zwölffache der betreffenden Monatsgage 15 000 ℳ übersteigt, vorausgesetzt, daß nach dem vorhergehenden Absatz A Versicherungspflicht besteht.

Beantwortung von Anfragen.

Rechtsauskünfte aus unserem Arbeitsgebiet erteilen wir den Beziehern unserer Zeitschrift bereitwillig, ohne indessen eine Verpflichtung oder eine zivilrechtliche Haftung zu übernehmen. Für schriftliche Auskunft wird Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten, und zwar auch dann, wenn nur Bescheid durch die Zeitschrift erbeten, die Sache aber zur Veröffentlichung an dieser Stelle nach unserem Ermessen nicht geeignet ist.

Beitragsstreit aus der Krankenversicherung auf Grund der Vrdg. über Erwerbslosenfürsorge.

1. **Nach Stuttgart.** Antwort: Nach § 13 Abs. 2 der Reichsverordnung über Erwerbslosenfürsorge entscheiden die Fürsorgeausschüsse über Streitigkeiten in „Angelegenheiten der Erwerbslosenfürsorge". Hierzu bemerkt die preuß. Ausf. Anw. v. 31. 1. 19 (MinBl. f. inn. Verw. S. 71) unter Ziff. VIII: „Die Bestimmung des § 13 Abs. 2 der Vrdg. bezieht sich nur auf Streitigkeiten zwischen einem Erwerbslosen und dem Träger der Erwerbslosenfürsorge, nicht aber auf Streitigkeiten zwischen Trägern der Erwerbslosenfürsorge oder zwischen einem Träger der Erwerbslosenfürsorge und dem Reiche oder Bundesstaate." Es hätte hinzugefügt werden können, daß § 13 Abs. 2 sich auch nicht bezieht auf Streit zwischen dem Träger der Erwerbslosenfürsorge und der Krankenkasse über die Verpflichtung zur Zahlung von Beiträgen zur Krankenversicherung. Denn hierbei handelt es sich nicht um die „Durchführung der Erwerbslosenfürsorge", die nach § 13 Abs. 1 Aufgabe der Fürsorgeausschüsse ist, sondern um eine Folge aus dem durch die Durchführung der Erwerbslosenfürsorge begründeten Versicherungsverhältnisse, das den Vorschriften der RVO. unterliegt. Wie ein Streit über die Leistungspflicht der Kasse gegenüber dem durch die Gemeinde nach § 12a Vrdg. Versicherten gemäß §§ 1636 ff. RVO. im Spruchverfahren vor den Versicherungsbehörden auszutragen ist, so haben auch über die Beitragspflicht der Gemeinde, die bei solchem Streit nach § 12a Abs. 1 Satz 2 an Stelle des Versicherten steht, die Versicherungsbehörden auf Grund des § 405 RVO. zu entscheiden. Es war daher falsch, daß das Versicherungsamt die Sache an den Fürsorgeausschuß verwiesen und dieser die Entscheidung übernommen hat. In der Sache selbst aber ist dem Fürsorgeausschuß beizutreten. Es handelt sich um Weiterversicherung des durch Erwerbslosigkeit aus der Pflichtversicherung Ausgeschiedenen nach § 313 RVO. Nach dieser Vorschrift „blieb" der Erwerbslose infolge der Versicherung durch die Gemeinde genau so, wie wenn er sich selbst weiterversichert hätte, Mitglied. Die Weiterversicherung wirkte also auf den Tag des Ausscheidens aus der Versicherungspflicht zurück. Von diesem Tage ab, nicht erst vom Tage der Anmeldung ab, hatte daher die Gemeinde, wie sonst der Weiterversicherte selbst, gemäß § 12a Abs. 1 Satz 2 der Vrdg. die Kassenbeiträge zu entrichten.

Krankenhausbehandlung als Regelleistung.

2. **Nach Barmstedt.** Antwort: Der Begriff der „Regelleistungen" als der im 2. Buche der RVO. vorgeschriebenen Leistungen der Krankenkasse (§ 179 Abs. 1 und 2 RVO.) wird beleuchtet durch den Gegensatz zu dem Begriffe der „Mehrleistungen", die durch die Satzung bestimmt werden können, soweit dies im 2. Buche der RVO. zugelassen ist (Abs. 3 a. a. O.). Wo das Gesetz die Kasse unmittelbar ermächtigt, an die Stelle der in erster Reihe vorgeschriebenen Leistung eine andere zu setzen, da steht diese kraft des Gesetzes der ersteren gleich und stellt, wie diese, eine Regelleistung dar, welche die Kasse als solche gewähren darf, auch wenn die Satzung sie nicht ausdrücklich erwähnt. Das gilt namentlich von der Krankenhauspflege nach § 184 RVO. (ArbVers. 1914 S. 632; Hahn in BetrKrK. 1916 S. 51 IV 2).

Anspruch der Kasse auf Schadenersatz nach § 1542 RVO. gegen Soldaten der Besatzungstruppen.

3. **Nach Borth.** Antwort: Es ist ein anerkannter Grundsatz des zwischenstaatlichen (internationalen) Rechts, daß die bürgerlich-rechtlichen Folgen aus einer unerlaubten Handlung nach dem Rechte des Orts, an dem die Handlung begangen ist, zu beurteilen sind (zu vgl. z. B. Entsch. des Reichsger. in Zivils. 18 S. 30, 23 S. 305). Daran wird nichts geändert dadurch, daß der Schuldige ein

Digitized by Google

Ausländer ist. Hiernach ist deutsches Recht und ebenso der deutsche Gerichtsstand auch maßgebend für die Ansprüche, die der Verletzte und gemäß § 1542 RVO. die Krankenkasse gegen die beiden Soldaten der fremden Besatzungstruppen wegen der im Gebiete des Deutschen Reichs begangenen Körperverletzung haben. Es kann also gegen die beiden Soldaten mit Klage vor dem örtlich zuständigen deutschen Gerichte vorgegangen werden. Es ist zwar bekannt geworden, daß von einzelnen Besatzungsbehörden gelegentlich Einspruch gegen eine solche Auffassung erhoben wurde; so ist z. B. in einer Streitsache gegen Soldaten der Besatzungstruppe wegen außerehelicher Schwängerung geltend gemacht worden, daß das deutsche Gericht eine Verurteilung nicht aussprechen könne, weil das „nationale Recht" anzuwenden sei, nämlich das französische Recht, welches die Nachforschung nach der Vaterschaft verbietet. Das ist aber ein haltloser Einspruch, den das deutsche Gericht nicht beachten darf. Dagegen ist das praktische Bedenken nicht zu verkennen, ob es einen Zweck haben wird, eine Klage zu erheben. Denn wenn ein für die Kasse günstiges Urteil ergehen sollte, so wird sich doch die Vollstreckung nicht erzwingen lassen. Hierüber verweisen wir auf den Aufsatz im Heft 1 S. 1 ff. Für die Möglichkeit, irgendeine andere Stelle im Rechtswege in Anspruch zu nehmen, ist ein Anhalt nicht zu finden. Es bliebe daher nur zu erwägen, ob nicht im Wege einer Vorstellung bei der Besatzungsbehörde eine Schadloshaltung erwirkt werden kann.

Ist die Verordnung der Reichsregierung über Krankenversicherung vom 3. 2. 19 gültig?

4. **Nach Preuß. Oldendorf.** Antwort: Durch § 1 der Vrdg. der Reichsregierung vom 3. 2. 19 (RGBl. S. 191, ArbVers. S. 125) ist § 169 Abs. 1 RVO. dahin abgeändert, daß unter den dort bezeichneten Voraussetzungen nur noch „Beamte" in Betrieben oder im Dienste des Reichs usw. (also nicht auch, wie früher, andere in diesen Betrieben „Beschäftigte" ohne Beamteneigenschaft) versicherungsfrei sind. v. Karger hat allerdings im Preuß. Verwaltungsblatt 1920 S. 415 die Gültigkeit dieser Verordnung bestritten, weil sie erst am 14. 2. 19 verkündet und nach § 16 mit dem 17. 2. 19 in Kraft gesetzt sei, während vorher schon, nämlich am 11. 2. 1919, das Ges. über die vorläufige Reichsgewalt vom 10. 2. 19 verkündet worden war, wonach (§ 10) Gesetze und Verordnungen, die nach früherem Rechte der Mitwirkung des Reichstags bedurften, nur noch durch Übereinstimmung der Nationalversammlung und des Staatenausschusses zustande kommen konnten. Da die Vrdg. v. 3. 2. 19 Änderungen der RVO. enthalte, würde ein Gesetz dieses Inhalts vor der Revolution der Mitwirkung des Reichstags bedurft haben; deshalb sei es unzulässig und rechtsunwirksam gewesen, daß sie ohne Zustimmung der Nationalversammlung am 14. 2. 19, also nach dem Inkrafttreten des Ges. v. 10. 2. 19, verkündet wurde. Diese Ausführungen beruhen auf einer Verkennung des Rechtsbegriffs der „Verkündung". Diese ist ein Akt, der darauf abzielt, das Gesetz (oder die Verordnung) für jedermann verbindlich zu machen. Die Verkündung setzt also ein bereits verfassungsmäßig zustande gekommenes Gesetz voraus (zu vgl. z. B. jetzt Art. 70 der Reichsverf.). Ob ein Gesetz oder eine Verordnung rechtmäßig zustande gekommen ist, bestimmt sich nicht nach dem Zeitpunkt der Verkündung, sondern nach dem Rechte, unter dessen Herrschaft die maßgebende Entschließung gefaßt ist. Zu dieser Entschließung war nach dem revolutionären Rechte vor dem 11. 2. 19 die Reichsregierung allein befugt. Die so zustande gekommene Vrdg. v. 3. 2. 19 konnte daher auch noch am 14. 2. 19 rechtswirksam verkündet werden. — Entscheidungen über diese Frage sind uns nicht bekannt geworden.

Rechtshilfe des Versicherungsamts auf Ersuchen des Militärversorgungsgerichts.

5. **Nach Bielefeld.** Antwort: Die Militärversorgungsgerichte sind bei den Oberversicherungsämtern errichtet, und der Vorsitzende des Oberversicherungsamts ist zugleich der Vorsitzende des Militärversorgungsgerichts (Art. II § 2 der Vrdg. vom 18. 2. 19, RGBl. S. 149, ArbVers. S. 131). Durch diese Gestaltung und durch die weiteren Vorschriften über das Verfahren in Militärversorgungssachen ist ihrer nahen inneren Verwandtschaft mit der reichsrechtlichen Unfallversicherung Rechnung getragen. Daraus ist herzuleiten, daß die Pflicht der Versicherungsämter zur Rechtshilfe gegenüber den Oberversicherungsämtern (§ 115 RVO.) in gleicher Weise auch gegenüber den Militärversorgungsämtern besteht (zu vgl. auch Erl. des preuß. Min. f. Volksw. v. 29. 2. 20, HMBl. S. 87). Auch ihrem Ersuchen um eidliche Vernehmung von Zeugen oder Sachverständigen muß daher das Versicherungsamt entsprechen.

Ruhen der Unfallrente wegen Aufenthalts in Polen.

6. **Nach Magdeburg.** Frage: Der Schmied W., der eine Unfallrente von 33⅓ v. H. der Vollrente bezieht, ist Ende Oktober 1919 von Magdeburg nach Posen verzogen. Unter Bezugnahme auf die Entsch. des RVA. vom 11. 1. 21 (ArbVers. S. 326) sind wir der Ansicht, daß W. als Ausländer gilt, der sich freiwillig im Auslande aufhält. Es wird daher beabsichtigt, die Unfallrente einzustellen, weil nicht anzunehmen ist, daß W. für Deutschland optieren wird. Ist das richtig?

Antwort: Nein! Da W. erst nach dem 1. 1. 1908 in das jetzt zu Polen gehörige Gebiet übergesiedelt ist, konnte er die polnische Staatsangehörigkeit nur mit besonderer Genehmigung des polnischen Staates erwerben (Art. 91 Abs. 2 des Friedensvertrages). Solange das nicht nachgewiesen ist, hat W. als Deutscher zu gelten und kann § 615 Abs. 1 Ziff. 3 RVO. nicht angewendet werden. Es könnte nur die Anwendung der Ziff. 2 a. a. O. in Frage kommen. Daß die Voraussetzungen dieser Vorschrift vorliegen, ist aber aus Ihren Angaben nicht zu entnehmen.

Haftung des Kassenarztes, der Nichtberechtigten Arzneien für Rechnung der Kasse verschreibt.

7. **Nach Bordesholm.** Frage: Nach unserem Arztvertrage dürfen die Ärzte Kassenmitglieder nur dann für Rechnung der Kasse behandeln, wenn diese entweder mit einem Krankenschein oder einer Ausweiskarte vom Arbeitgeber in die Behandlung kommen. Das hat einer der Ärzte anscheinend nicht beachtet. Jedenfalls hat er Personen für unsere Rechnung behandelt, die als Kassenmitglieder nicht festzustellen sind. Er hat für diese Personen auch Arzneien für Rechnung der Kasse verschrieben. Die Rechnung der Apotheke haben wir beglichen, weil vom Arzt Rezeptformulare der Kasse bzw. Re-

Digitized by Google

zepte mit der Aufschrift „Landkrankenkasse B." verwandt worden sind. Wir haben dagegen dem Arzt die entstandenen Kosten für die Arzneimittel von der Honorarrechnung gekürzt. Haben wir richtig gehandelt?

Antwort: Die Aufschrift auf den Rezepten kann keinen anderen Zweck und Sinn haben, als den Apotheker anzuweisen, daß er die Arzneien für Rechnung der Kasse liefern soll. Wenn die Kasse demgemäß die Rechnungen bezahlt hat, und sich später herausgestellt hat, daß der Arzt, unter fahrlässiger Nichtbeachtung der von ihm durch den Vertrag mit der Kasse übernommenen Prüfungspflicht, Nichtberechtigte behandelt und durch Aushändigung der Rezepte den Apotheker veranlaßt hat, die Arzneien für Rechnung der Kasse zu liefern, so stellt der von der Kasse dafür bezahlte Betrag einen Schaden dar, der ihr durch die Fahrlässigkeit des Arztes entstanden und daher nach § 276 BGB. von ihm zu vertreten ist. Die Befugnis der Kasse, den Betrag dieses Schadens gegen die Honorarforderung des Arztes aufzurechnen folgt aus §§ 387 ff. BGB.

Krankengeld neben Wochengeld.

8. **Nach Neustrelitz und Aachen.** Antwort: Die Auskunft im Heft 23 S. 460 Ziff. 5 besagte allerdings, daß die Wöchnerin dem Anspruch auf Familienwochengeld entsagen und das höhere Krankengeld auf Grund der eigenen Versicherung fordern kann. Demgegenüber ergeben die Ausführungen a. a. O. S. 459 Ziff. 1, daß die Wöchnerin dem Anspruch auf Familienwochengeld nicht entsagen muß, um den Anspruch auf Krankengeld aus der eigenen Versicherung erheben zu können, und diese Auffassung wird wohl, im Hinblick auf die angeführten Entscheidungen des RVA., die Praxis beherrschen.

Anspruch eines Geschäftsführers der Kasse auf Vergütung für Einziehung der Beiträge zur Invalidenversicherung.

9. **Nach Römhild.** Antwort: Die Vergütung, die einer Krankenkasse für die Einziehung der Beiträge zur Invalidenversicherung zusteht (§ 1449 RVO.), wird regelmäßig in einem bestimmten Vomhundertsatze der eingezogenen Beiträge gezahlt. Demgemäß verstehen wir auch eine Anstellungsbedingung, wonach der Geschäftsführer einer Krankenkasse neben einem festen Gehalt noch „die Hebegebühren der Versicherungsanstalt" bezieht, dahin, daß er diese für die während seiner Dienstzeit eingegangenen Beiträge erhält. Sein Nachfolger empfängt daher unter Umständen eine Vergütung für Arbeiten, die im wesentlichen bereits von dem früheren Geschäftsführer erledigt waren; er wird sich dadurch aber anderseits auch für abgefunden ansehen müssen, hinsichtlich solcher mit dem Einzugsverfahren verbundenen Arbeiten, die bei seiner Übernahme der Geschäfte noch nicht erledigt waren. Wir meinen daher, daß er die besondere Überstundenvergütung, die der Tarif vorsieht, für diese Arbeiten nicht zu beanspruchen hat.

Zeitpunkt des Inkrafttretens der Änderungen in der Invalidenversicherung.

10. **Nach Bochum.** Antwort: Durch die Anmerkung im Heft 24 S. 473 sollte nur der Zeitpunkt bezeichnet werden, mit welchem das Gesetz nach der allgemeinen Regel des Art. 71 der Reichsverfassung in Kraft getreten ist, soweit das Gesetz selbst nichts anderes bestimmt. Eine solche andere Bestimmung ist im Art. II unter G enthalten, wonach nur die §§ 1403 bis 1405 RVO. in der neuen Fassung „sofort, die übrigen Vorschriften am 1. Oktober 1921" in Kraft getreten sind. Zweifelhaft kann nur sein, was das „sofort" bedeutet. Da der Gesetzgeber sich sonst der Fassung „mit dem Tage der Verkündung" bedient (zu vgl. z. B. Art. XIX Ges. vom 11. 4. 21, ArbVers. S. 251), so liegt die Auslegung nahe, daß die abweichende Fassung besagen will: sofort mit Ablauf der im Art. 71 bezeichneten Frist, also mit dem 17. 8. 21, nicht schon mit dem 3. 8. 21, als dem Tage der Verkündung. Von praktischer Bedeutung dürfte der Zweifel nach dem Inhalt der §§ 1403 bis 1405 kaum sein. Zu den „übrigen Vorschriften", die erst am 1. Oktober wirksam werden, gehören selbstverständlich auch die Übergangsbestimmungen hinsichtlich der in dem bezeichneten Zeitpunkt eintretenden Rechtsänderungen.

Leistungen der Krankenkasse bei Erkrankung infolge von Zwangsimpfung.

11. **Nach Schwiebus.** Frage: Ein Kind eines Mitgliedes (wir gewähren Familienhilfe) ist infolge der Zwangsimpfung an Impffieber erkrankt und von dem Impfarzt (Kreisarzt) deswegen behandelt worden. Der Impfarzt fordert Honorierung von uns. Wir stehen auf ablehnendem Standpunkt, weil auch der Staat nicht durch die Zwangsimpfung einer Person Schaden zufügen darf, ohne für die Beseitigung des Schadens zu sorgen bzw. ohne die dafür aufgewendeten Kosten zu ersetzen. Deshalb sehen wir die Behandlung der Erkrankung als einen Bestandteil des behördlich angeordneten Impfgeschäftes an. Die Eltern der Impflinge werden ja bei der Impfung durch den Impfarzt ersucht, auftretende Erkrankungen sofort zu melden. Ist unsere Ansicht richtig?

Antwort: Wir sind anderer Meinung. Die Pflicht zur Beseitigung des Schadens oder zum Schadenersatz in Geld (§ 429 BGB.) setzt voraus, daß der Schaden vorsätzlich oder fahrlässig verursacht ist (§§ 823, 839 BGB.). Daß diese Voraussetzung im gegebenen Falle vorliegt, müßte erst bewiesen werden. Die Erkrankung des Kindes an Impffieber kann sehr wohl nur die Folge einer Überempfindlichkeit des Kindes gegenüber dem Impfstoff sein, die der Arzt auch bei gebührender Sorgfalt nicht erkennen konnte. Überdies ist die Kasse in jedem Falle zunächst nach § 205 RVO. und der Satzung leistungspflichtig, und es könnte, wenn ein Verschulden des Amtsarztes vorläge, nur ein Anspruch gegen den Staat auf Ersatz der Aufwendungen in Frage kommen (Ges. v. 1. 8. 09, preuß. Ges. Samml. S. 691).

Kein Wochengeld aus § 205a RVO. neben Krankengeld.

12. **Nach Chemnitz.** Frage: Eine Arbeiterin war vom 4. 3. bis 20. 5. 21 Mitglied der Kasse, erkrankte am 23. 5. 21 als Erwerbslose arbeitsunfähig und hat bis zum 21. 6. 21 täglich 15 ℳ Krankengeld erhalten. Am 22. 6. 21 wurde sie entbunden. Da sie nun vom 22. 6. 20 bis 3. 3. 21 keiner Kasse angehört hat, wurde Anspruch auf Wochenhilfe gemäß § 195a RVO. abgelehnt. Nunmehr stellt der Ehemann Antrag auf Gewährung der Familienwochenhilfe gemäß § 205a RVO., dem auch zu entsprechen ist, da er ununterbrochen vom 14. 4. 20 bis zur Niederkunft seiner Ehefrau Mitglied der Kasse war. Es bestehen daher Zweifel: 1. ob der Wöchnerin, die bereits auf Grund ihrer Er-

Digitized by Google

krankung (§ 214 RVO.) Krankengeld für 4 Wochen vor der Niederkunft zu erhalten hat, nun auch noch gleichzeitig die 4 Wochen Wochengeld auf Grund der Familienhilfe zu zahlen sind; 2. ob im Falle weiterer Erwerbsunfähigkeit neben dem Familienwochengeld auch Krankengeld nach § 214 RVO. weiter zu zahlen ist; 3. wäre Frage 2 zu verneinen, ob dann nach Ablauf des Wochengeldbezuges auf Grund der Familienwochenhilfe Krankengeld für die am 23. 5. 21 in der Erwerbslosigkeit eingetretenen Erkrankung weiter zu zahlen ist, wenn während der Dauer des Wochengeldbezuges Erwerbsunfähigkeit bestanden hat und noch weiter besteht.

Antwort: Als Familienwochenhilfe werden nach § 205 a Abs. 2 RVO. die in § 195 a bezeichneten Leistungen gewährt. Daher muß auch bei der Familienwochenhilfe der im § 195 a Abs. 2 ausgesprochene Grundsatz zur Geltung gebracht werden, daß Krankengeld neben Wochenhilfe nicht gewährt wird, ein Grundsatz, der nach Zweck und Sinn der Vorschrift auch in der Umkehrung gelten muß, so daß die Versicherte, die während ihrer Krankheit niedergekommen ist, neben dem Krankengelde weder für die vier Wochen vor der Niederkunft noch weiterhin Wochengeld aus § 205 a erhalten kann, weil dieses durch das auf die gleiche Zeit entfallende höhere Krankengeld abgegolten ist. Erst wenn der Krankengeldbezug endet, wird für den Rest der Wochengeldbezugszeit der Anspruch auf Wochengeld aus § 205 a wirksam. Die anderen Leistungen der Wochenhilfe sind selbstverständlich neben dem Krankengelde zu gewähren.

Berechnung der Fristen für den Anspruch auf Wochenhilfe.

13. **Nach Saarbrücken.** Antwort: Die sechs Monate des § 195a brauchen nicht zusammenzuhängen. Daher ist nach § 126 RVO. der Monat zu 30 Tagen zu rechnen. Die Frist beträgt also insgesamt 180 Tage. Nicht einzurechnen ist in sie der Tag der Entbindung. Man wird nämlich § 124 RVO. sinngemäß anzuwenden haben. § 124 RVO. bestimmt aber, daß, wenn der Anfang einer Frist sich nach einem Ereignis richtet, die Frist mit dem Tage beginnt, der auf das Ereignis folgt. Im Falle des § 195a ist also die Frist von einem Jahre von dem Tage vor der Entbindung rückwärts zu rechnen. Ist die Wöchnerin am 7. 11. 20 entbunden, so läuft das Jahr, während dessen sie 180 Tage versichert gewesen sein muß, vom 7. 11. 19 bis 6. 11. 20. Entsprechendes gilt für das Erfordernis der Versicherung im Falle der Familienwochenhilfe nach § 205a. Der Ehemann war versichert vom 7. 11. 19 bis 31. 12. 19 = 55 Tage, vom 5. 7. 20 bis 6. 11. 20 = 125 Tage, also insgesamt 180 Tage. Somit ist der Anspruch auf Familienwochenhilfe begründet. Vgl. Hahn, Handb. der Kr.-Vers., Anm. 3b zu § 195.

Beendigung der Kassenmitgliedschaft einer unständig Beschäftigten durch Aushilfsdienste von längerer Dauer?

14. **Nach Kempen (Rhein).** Frage: Die bei unserer Kasse als unständig Beschäftigte versicherte Näherin Th. L. reiste am 1. oder 2. März von hier nach D., um ihrer Schwester, die bei der Dienstherrschaft K. in Stellung war, die Kleider usw. in Ordnung zu bringen. Nach drei Tagen war sie mit der Arbeit fertig, dann nähte sie sechs Tage für die Dienstherrschaft und erhielt dafür für den Tag 6 ℳ und Kost und Wohnung. Dann erkrankte ihre Schwester (die Dienstmagd) und pflegte die Th. L. dieselbe acht Tage im Hause der Dienstherrschaft. Soweit es die Zeit zuließ, verrichtete die Th. L. Hausarbeit für die Herrschaft. Am 23. 3. wurde die Dienstmagd zum Hospital gebracht, die Th. L. blieb bis zum 6. 4., wo auch sie arbeitsunfähig erkrankte, im Hause der Dienstherrschaft, besuchte täglich ihre Schwester im Hospital und verrichtete aushilfsweise Hausarbeit für Gewährung von Kost und Wohnung. Die Dienstherrschaft hat sich bei der Zeugenvernehmung wie folgt über das Dienstverhältnis geäußert: „Ich habe der N. L. (Dienstmagd) während ihrer Erkrankung den Lohn weitergezahlt, weshalb ich auch die Entschädigungsfrage für die Th. L. außer Betracht gelassen habe. Ich habe angenommen, daß die beiden Schwestern die Lohnfrage unter sich regelten. Während der Unterbringung im Krankenhause hat sich die Schwester weniger um die Hausarbeiten gekümmert; sie war überwiegend bei Bekannten oder im Krankenhaus oder hielt sich in der Stadt auf. Ich hätte lieber gesehen, wenn die Th. L. schon früher wieder nach Hause zurückgekehrt wäre, weil sie zeitweise doch nur zu den Mahlzeiten erschien. Ich habe die Th. L. nicht zur Krankenkasse angemeldet, weil sie mir auf meine Frage dieserhalb mitteilte, sie sei bei der Ortskrankenkasse K. gemeldet." — Die Th. L. war bis zum 31. 7. 20 im hiesigen Hospital stationär in ärztlicher Behandlung, und nach dem hat sie als Wirtschafterin eine feste Stelle angenommen. Welche Kasse hat nun für den Erkrankungsfall vom 6. 4. zu leisten: die Allgemeine Ortskrankenkasse K. oder die Orts- oder Landkrankenkasse D.?

Antwort: Die Näherin war, als unständig Beschäftigte, von vornherein bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse ihres Wohnorts, also K., versichert (§ 442 RVO.), auch wenn sie unständige Beschäftigung außerhalb des Bezirks dieser Kasse ausübte. Beendigung dieses Versicherungsverhältnisses infolge Anmeldung durch einen Arbeitgeber (§§ 317, 449) kommt im vorliegenden Falle nicht in Frage. Auch eine Löschung im Verzeichnis der Ortskrankenkasse Kempen auf Grund eigener Abmeldung der Versicherten wegen einer nicht nur vorübergehenden Aufgabe der unständigen Beschäftigung (§ 447) ist nicht erfolgt. In Frage kommt nur, ob die Mitgliedschaft bei dieser Kasse auch ohne Löschung im Verzeichnisse dadurch erlosch, daß die Näherin durch Begründung eines ständigen versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses (§ 165 Abs. 1 Ziff. 1) Mitglied einer anderen Kasse wurde (§ 312). Dies glauben wir auf Grund der mitgeteilten Tatsachen verneinen zu müssen. Bis zur Erkrankung der Schwester — der Dienstmagd — lag überhaupt nichts vor, was die Annahme des Eintritts der Näherin in ein ständiges (im Gegensatz zu § 441 RVO. auf eine Woche oder mehr ausgedehntes) Beschäftigungsverhältnis rechtfertigen könnte. Die Näharbeiten nicht nur für die Schwester, sondern auch diejenigen für die Dienstherrschaft der Schwester hielten sich im Rahmen der unständigen Beschäftigung. Dann widmete sich die Näherin allerdings noch weiterhin mehrere Wochen hindurch bis zu ihrer eigenen Erkrankung am 6. 4. 20 der Pflege ihrer Schwester, zuerst in der Wohnung der Dienstherrschaft und seit dem 23. 3. 20 im Hospital, und leistete, soweit es anging, auch aushilfsweise Dienste im Haushalt der Dienstherrschaft, von der sie anderseits noch Kost und Wohnung, nicht aber auch, wie vordem für die Näharbeit, baren Lohn erhielt. Dies in Verbindung mit den Angaben der Dienstherr-

Digitized by Google

schaft, die nach der ganzen Sachlage glaubhaft erscheinen, legt die Auffassung nahe, daß weder die Dienstherrschaft noch die Näherin den Willen hatte, zwischen ihnen ein Beschäftigungsverhältnis, insbesondere ein Gesindedienstverhältnis, zu begründen, daß vielmehr die im Haushalt geleisteten Dienste der Näherin nur der erkrankten Schwester zugedacht waren, um deren Beschäftigungsverhältnis über die Dauer ihrer Arbeitsunfähigkeit hinaus aufrechtzuerhalten, wofür anderseits die Dienstherrschaft Kost und Wohnung, wie sie sonst dem Dienstmädchen gebührten, billigerweise der aushelfenden Näherin gewährte. Hiernach nehmen wir an, daß diese nach wie vor unständiges Mitglied der Ortskrankenkasse K. geblieben und von ihr zu unterstützen ist.

Zur Beschränkung der Kassenleistungen in einem neuen Versicherungsfalle (§ 188 RVO.).

15. **Nach M. i. B.** Antwort: Grundsätzlich ist allerdings die Ursache der Krankheit ohne Bedeutung für die Leistungspflicht der Kasse, und namentlich gilt das Hinzutreten eines neuen Leidens zu einer bereits bestehenden Krankheit nicht als neuer Versicherungsfall. Aber im vorliegenden Falle steht die Anwendung der dem § 188 RVO. entsprechenden Satzungsbestimmung in Frage, und dieser § 188 enthält eine Ausnahme von jenem Grundsatze, indem er unter näher bestimmten Voraussetzungen die Beschränkung der Krankenhilfe auf die Regelleistungen und auf die Gesamtdauer von 13 Wochen zuläßt, wenn in einem neuen Versicherungsfalle „die Krankenhilfe durch dieselbe nicht gehobene Krankheitsursache veranlaßt wird". Der Zweck dieser Vorschrift, „Vorsorge gegen ein übermäßiges Ausnutzen der Kassenmittel durch chronisch Kranke" zu treffen (Begr. zur RVO. S. 157), zwingt zu der Auslegung, daß die Krankenhilfe, wenn die Voraussetzungen des § 188 überhaupt gegeben waren, auch nur so lange der Beschränkung unterliegt, als die Krankenhilfe lediglich durch dieselbe nicht gehobene Krankheitsursache veranlaßt wird. Tritt im Laufe der auf 13 Wochen beschränkten Krankenhilfe eine neue Krankheitsursache hinzu, welche besondere Maßnahmen der Krankenhilfe erfordert, so bedeutet das zwar nicht den Eintritt eines neuen Versicherungsfalles, für den nun von neuem die gesetzliche oder satzungsmäßige Dauer der Krankenhilfe in Lauf gesetzt würde; aber es entfällt der Grund, die laufende Leistung auf das Maß der Regelleistung und auf die Gesamtdauer von 13 Wochen zu beschränken.

Verzicht auf die Unfallrente.

16. **Nach Berlin.** Frage: Die Eisenbahnverwaltung macht bei den Unfallrentnern die Beförderung in das außerplanmäßige oder planmäßige Beamtenverhältnis davon abhängig, daß der Unfallrentner auf seine Rente verzichtet. Ist diese Maßnahme berechtigt? Wenn die Rentenentziehung berechtigt ist, kann der Rentner, falls er wieder aus dem Beamtenverhältnis in das Arbeiterverhältnis zurückversetzt wird, Anspruch auf die frühere Rente erheben?

Antwort: In einem besonderen Falle (§ 607 Abs. 3 RVO.) verpflichtet das Gesetz den Rentenempfänger zum Verzicht auf seine Rente. Es würde unzulässig sein, hieraus herzuleiten, daß das Gesetz einem Verzicht auf Rente allgemein nicht entgegenstehen könne, wenn es den Berechtigten unter besonderen Umständen sogar zum Verzicht verpflichte. Die Frage ist vielmehr aus § 139 RVO. zu beantworten, wonach den Arbeitgebern und ihren Angestellten, also auch der Eisenbahnverwaltung, untersagt ist, zum Nachteil der Versicherten die Anwendung der Vorschriften der RVO. ganz oder teilweise auszuschließen. Hiernach erscheint eine Erklärung des Verletzten, wonach er unter Voraussetzungen auf seine Rente verzichtet, nicht schlechthin unzulässig, vielmehr nur dann, wenn der Verzicht nach den besonderen Umständen des Einzelfalles eine Abmachung „zum Nachteil des Versicherten" bedeutet (zu vgl. Handb. der UnfVers. Bd. I S. 634 Anm. 3 zum entsprechenden § 141 GewUnfVers.). Eine Benachteiligung des Versicherten und folglich Unzulässigkeit des Verzichts wird aber regelmäßig nicht anzunehmen sein, wenn der Verletzte durch seinen Verzicht eine Beamtenstellung mit entsprechend gesichertem Einkommen erlangt. Der Verzicht wird freilich so gefaßt oder jedenfalls so ausgelegt werden müssen, daß er nur für die Dauer des Beamtenverhältnisses gilt, daß also, wenn dieses aufgehoben wird, das Rentenrecht wieder wirksam wird. Andernfalls wäre die Benachteiligung des Versicherten offenbar und der Verzicht insoweit nichtig.

Anlegung eines Stütz- oder Gipskorsetts in einem orthopädischen Institut.

17. **Nach Labes.** Frage: An versicherungsfreie Familienmitglieder unserer Versicherten gewähren wir freie ärztliche Behandlung und einen Zuschuß zu den entstandenen Klinik- bzw. Krankenhauskosten. Arzneikosten werden für die Familienmitglieder nicht auf die Kasse übernommen. Nach Mitteilung des Kassenarztes wird die Anfertigung eines Stützkorsetts für notwendig gehalten und mußte sich das betreffende Familienmitglied zur spezialärztlichen Behandlung in das orthopädische Institut des Herrn Dr. H. in Stettin begeben. In diesem Institut wurde nicht ein Stütz-, sondern ein Gipskorsett verschrieben und angefertigt. Für die Anlegung dieses Korsetts sind 200 ℳ in Rechnung gestellt. Müssen wir diesen Betrag als Kosten ärztlicher Behandlung bezahlen?

Antwort: Nein! Das Korsett ist entweder ein Heilmittel (§ 182 Ziff. 1 RVO.) oder ein Hilfsmittel im Sinne des § 187 Ziff. 3 RVO. In keinem Falle braucht die Kasse nach ihrer Satzung diese Leistung für Angehörige des Versicherten zu gewähren. Nun mag ja bei der Anfertigung des Korsetts eine Anweisung des Arztes und bei der Anlegung gleichfalls eine gewisse Mitwirkung notwendig sein. Aber eine ärztliche Tätigkeit, die sich nur auf die Anwendung eines Heil- oder Hilfsmittels bezieht, welches die Kasse nicht zu gewähren braucht, braucht sie gleichfalls nicht zu bezahlen.

Ersatzpflicht der Berufsgenossenschaft hinsichtlich des Unfallzuschusses auf Grund eines Anerkenntnisses gegenüber der Krankenkasse.

18. **Nach Sorau (N.-L.).** Antwort: Die Kasse hatte an die Berufsgenossenschaft geschrieben: bevor sie dem Verletzten den ihm nach § 573 RVO. etwa zustehenden Unfallzuschuß zahlen könne, ersuche sie um Nachricht, ob ein entschädigungspflichtiger Betriebsunfall vorliege. In dem Schreiben war als Art der Verletzung „Hodengeschwür-Quetschung" angegeben. Die Genossenschaft hatte geantwortet, daß der Unfall als Betriebsunfall angesehen wird. Hierauf zahlte die Kasse dem Verletzten den Unfallzuschuß (zum Hausgelde für die Zeit der Krankenhauspflege vom Beginn der fünften Woche nach dem Unfall und zum Krankengelde für die weitere Zeit

Digitized by Google

der Arbeitsunfähigkeit bis zum Ablauf der dreizehnten Woche). Erst nachdem die Zahlung bereits erfolgt war, ging bei der Kasse ein Schreiben der Genossenschaft ein, worin mitgeteilt wurde, daß ein Betriebsunfall nicht vorliege, weil das Leiden „in keinem ursächlichen Zusammenhange zu einem Betriebsunfall" stehe. Mit entsprechender Begründung wurde in einem späteren Schreiben auf Grund der „weiteren Ermittlungen und Untersuchungsverhandlungen" der Ersatzanspruch der Kasse aus § 576 RVO. abgelehnt. Dies ist unbegründet. Aus § 823 RVO. läßt sich die Ersatzpflicht der Berufsgenossenschaft freilich nicht herleiten, weil sie nicht irgendein „Recht" der Kasse „widerrechtlich verletzt" hat. Dagegen ist aus ihrem ersten Schreiben in Verbindung mit der vorangegangenen Anfrage, in der die Kasse ausdrücklich auf § 573 RVO. Bezug genommen hatte, nicht nur das tatsächliche Zugeständnis, daß die Hodenquetschung des Verletzten die Folge eines Betriebsunfalls sei, sondern darüber hinaus die Anerkennung der sich aus diesem Sachverhalt ergebenden Rechtsfolgen aus § 576 zu finden. Allerdings hat die Kasse im allgemeinen selbständig die Voraussetzungen für die Zahlung des Unfallzuschusses zu prüfen, aber sie ist einer weiteren Prüfungspflicht jedenfalls dann überhoben, wenn die gegebenenfalls ersatzpflichtige Berufsgenossenschaft ihr gegenüber eine Erklärung abgibt, die nur als Anerkennung jener Voraussetzungen und der sich hieraus ergebenden Ersatzpflicht gedeutet werden kann. Es würde mit den auch auf dem Gebiete der Sozialversicherung — und hier gerade besonders — zu beachtenden Grundsätzen von Treu und Glauben unvereinbar sein, wenn man zulassen wollte, daß die Genossenschaft sich ihrer Ersatzpflicht wegen Mangels der Voraussetzungen für die Zahlung des Unfallzuschusses entziehen könne, nachdem sie vorher durch Anerkennung dieser Voraussetzungen und folglich auch ihrer Ersatzpflicht die Kasse zur Zahlung veranlaßt hatte (zu vgl. ArbVers. 1916 S. 190 Ziff. 1).

a) **Keine Doppelleistungen der Wochenhilfe aus § 195a und aus § 205a RVO.** b) **Beginn des Unfallzuschusses zum Krankengelde.**

19. **Nach Johannisthal.** Antwort: a) Das RVA. hat allerdings entschieden, daß der Bezug von Wochenhilfe aus eigener Versicherung der Wöchnerin (§ 195a RVO.) den Anspruch des versicherten Ehemannes auf Familienwochenhilfe für seine Frau nicht ausschließt, daß also Doppelleistungen gefordert werden können (ArbVers. 1921 Heft 13 S. 250). Die Entscheidung betraf aber einen Fall, der noch nach dem Wochenhilfegesetz in älterer Fassung zu beurteilen war. Nach der neuen Fassung laut Bekanntm. v. 22. 5. 20 besteht ein Anspruch auf Familienwochenhilfe für Angehörige des Versicherten nur, wenn ihnen ein Anspruch auf Wochenhilfe nach § 195a nicht zusteht (§ 205a Ziff. 2).

b) Der Unfallzuschuß ist nach der klaren Fassung des § 573 Abs. 1 Satz 2 RVO. vom Beginn der fünften Woche „nach dem Unfall" zu zahlen. Das schließt die Annahme völlig aus, daß, wenn der Verletzte erst später arbeitsunfähig wird, die fünfte Woche erst mit dem 29. Tage des Krankengeldbezugs beginne.

Ehemalige in den Ruhestand versetzte Beamte einer Kasse können Vorstandsmitglieder sein.

20. **Nach Dillenburg.** Antwort: Die Vorschrift des § 21 Abs. 4 RVO., daß die ehrenamtlichen Mitglieder des Vorstandes nicht zugleich besoldete Beamte des Versicherungsträgers sein dürfen, kann sich nur auf solche Beamten beziehen, die noch im Dienst sind. Die Absicht der Bestimmung ist, zu verhindern, daß der Charakter des Ehrenamtes dadurch beeinträchtigt wird, daß zugleich eine Vergütung gewährt wird, wenn dies formell auch für eine andere Tätigkeit geschieht (vgl. Hahn, Handb. der Krankenvers., Anm. 4 zu § 21). Ein zweiter Grund mag der sein, daß jemand, der in der Kasse als Vorstandsmitglied eine leitende Stellung einnimmt, nicht gut zugleich ihr Angestellter und in dieser Eigenschaft dem Vorstand untergeordnet sein kann. Solche Erwägungen treffen aber auf einen früheren Beamten, der sich im Ruhestand befindet, nicht zu. Er kann daher als Arbeitgeber von Versicherungspflichtigen sehr wohl das Amt eines Vorstandsmitgliedes bekleiden.

Einfluß der Neufestsetzung der Ortslöhne auf die Beitragsbemessung für weiterversicherte Unständige (§ 447 Abs. 3 RVO.).

21. **Nach Uffenheim.** Antwort: Nach der Entscheidung des RVA. 2632, Amtl. Nachr. S. 274, bestimmt sich die Lohnstufe, der ein freiwillig Weiterversicherter nach dem durchschnittlichen Tagesentgelt beim Ausscheiden aus der Pflichtversicherung angehört, nach der jeweils geltenden Satzung. Dies muß auch für unständig Beschäftigte entsprechend gelten, für deren Weiterversicherung die Satzung auf Grund des § 447 Abs. 3 RVO. bestimmt, daß die Beiträge nach einem bestimmten Prozentsatz vom Ortslohn erhoben werden. Diese Verweisung auf den Ortslohn (vgl. auch § 450) darf nur dahin verstanden werden, daß der jeweils geltende Ortslohn für die Bemessung der Beiträge maßgebend ist. Die Neufestsetzung der Ortslöhne (§ 149 RVO.) hat die Bedeutung einer öffentlich-rechtlichen, gesetzesgleichen Normierung, der die weiterversicherten Unständigen geradeso unterworfen sind, wie die versicherungspflichtigen. Eine andere Auffassung würde zu unannehmbaren praktischen Folgerungen führen.

Anspruch des Armenverbandes gegen eine Krankenkasse auf Ersatz für die auf polizeilichen Anlaß gewährte Krankenhauspflege.

22. **Nach Gr.** Antwort: Es ist in der Rechtsprechung anerkannt, daß ein Anspruch des Armenverbandes gegen die Krankenkasse auf Ersatz der Kosten des Heilverfahrens in einem Krankenhause nach §§ 1531 ff. RVO. nicht schlechthin deshalb ausgeschlossen ist, weil die Unterbringung durch die Polizei verfügt und bewirkt worden ist; so namentlich dann nicht, wenn polizeiliche Gründe nur den unmittelbaren Anlaß für die Unterbringung gegeben oder nur bestimmend mitgewirkt haben (zu vgl. außer der vom Versicherungsamt angeführten Entsch. des RVA. 1963 — nicht 166 — Amtl. Nachr. 1915 S. 364 noch besonders: Entsch. des preuß. ObVerwGer. in ArbVers. 1905 S. 190 und 533, 1907 S. 220, auch des bad. VerwGerH. daselbst 1906 S. 597). Es ist auf den grundsätzlichen Unterschied zwischen den Aufgaben der Polizei und denen des Armenverbandes zu achten: die Polizei schreitet im öffentlichen Interesse ein, der Armenverband gewährt Fürsorge im persönlichen Interesse des Bedürftigen. Bei ansteckenden Krankheiten beschränkt sich das öffentliche — polizeiliche — Interesse der Regel nach auf Verhütung der Verbreitung der Krankheit und auf die dadurch gebotene Ab-

Digitized by Google

sonderung der Krankheit, die für sich allein nicht gerade Verwahrung des Kranken in einer Heilanstalt erfordern würde; die Pflege in einer solchen Anstalt erfolgt zum Zwecke der Heilung, also im persönlichen Interesse des Kranken und ist daher, wenn er hilfsbedürftig ist, Sache des Armenverbandes. Freilich fehlt es an der Voraussetzung der Hilfsbedürftigkeit im Sinne des § 1531 RVO., wenn eine Krankenkasse verpflichtet und bereit ist, dem Kranken die nach den Umständen erforderliche Krankenhilfe in der Form der Krankenhauspflege zu gewähren; aber die Armenverbände sind nicht verpflichtet, hierüber umständliche Ermittlungen anzustellen, die mit dem Bedürfnisse schleuniger und durchgreifender Armenpflege nicht vereinbar wären (Entsch. des preuß. OVG. in ArbVers. 1905 S. 143). Vielleicht hat sich die Kasse in ihrer Beurteilung der vorliegenden Fälle, in denen es sich um Pockenkranke handelte, beirren lassen durch die abweichende Rechtsprechung bei Zwangsheilung Geschlechtskranker. In diesen Fällen erstreckt sich das polizeiliche Interesse über die bloße Absonderung hinaus auf die Ausheilung des Kranken; er wird, auch wenn dem Heilzweck für sich allein außerhalb der Anstalt genügt werden könnte, dennoch bis zur Heilung festgehalten, wenn zu besorgen ist, daß er außerhalb der Anstalt durch Wiederaufnahme geschlechtlichen Verkehrs die Krankheit verbreiten würde. Deshalb fallen in diesen Fällen, anders als sonst, die gesamten Kosten dem Träger der Polizeilast zur Last. — Hiernach halten wir die Entscheidung des Versicherungsamts in der Hauptsache für begründet. Unbegründet ist sie nur, insoweit sie einer der in Frage kommenden Versicherten Hausgeld (oder Taschengeld, §§ 186, 194 RVO.) zuspricht. Ein solcher Anspruch ist immer nur gegeben, wenn die Kasse selbst die Krankenhauspflege nach § 184 RVO. angeordnet oder als für ihre Rechnung gewährt anerkannt hat.

Krankengeld aus der Versicherung neben Heilanstaltspflege durch das Versorgungsamt.

23. **Nach Gadebusch.** a) Ja! Zu vgl. ArbVers. 1920 S. 680.

b) Wir halten Ihre Ansicht für unrichtig. Ihre Frage hat den Fall im Auge, daß das Reich (das Versorgungsamt) gemäß dem ausdrücklichen Vorbehalt im Schlußabsatz des § 8 RVG. das Heilverfahren in einer Heilanstalt selbst durchführt. Dadurch wird an den auf der Krankenversicherung beruhenden Pflichten der Kasse nichts geändert. Sie hat daher dem arbeitsunfähigen Beschädigten das Krankengeld nach § 182 RVO. (wie in dem Falle zu a) zu zahlen. Nur wenn sie selbst dem Versicherten Krankenhauspflege gewährt, wird hierdurch sein Anspruch auf Krankengeld gemäß § 184 RVO. abgegolten.

Verjährung der Strafverfolgung wegen einer unrichtigen Anmeldung.

24. **Nach A.** Antwort: Im allgemeinen sind die Verletzungen der Meldevorschriften, die im § 530 RVO. mit Strafe bedroht sind, Unterlassungsdelikte, deren Verjährung daher nicht beginnen kann, solange nicht die versäumte Handlung nachgeholt oder die Pflicht hierzu erledigt ist (zu vgl. Entsch. des RVA. in ArbVers. 1914 S. 644). Eine andere Beurteilung erscheint aber geboten, wenn der Arbeitgeber die Meldepflicht an sich erfüllt, die dabei zu beachtenden Vorschriften aber „in anderer Weise", so insbesondere bei Anmeldung eines Versicherungspflichtigen durch Angabe eines falschen Datums für den Beginn der Beschäftigung, verletzt hat. Dann ist nicht Abs. 1, sondern Abs. 2 des § 530 anwendbar, d. h. die strafbare Handlung besteht nicht in einer Unterlassung, sondern in einem Tun des Arbeitgebers, und die Verjährung von drei Monaten nach § 147 RVO. beginnt daher mit dem Tage der Falschmeldung (zu vgl. ArbVers. 1916 S. 48 Ziff. 11). Im vorliegenden Falle hat der Arbeitgeber am 3. 10. 20 die Versicherungspflichtige verspätet und mit Angabe eines falschen Eintrittsdatums angemeldet. Da seitdem mehr als drei Monate vergangen sind, ist sowohl die Unterlassung der Abmeldung als auch die Erstattung einer unrichtigen Meldung verjährt.

Erlöschen freiwilliger Kassenmitgliedschaft durch Zahlungsverzug (§ 314 Abs. 1 RVO.).

25. **Nach H.** Antwort: Nach § 314 Abs. 1 RVO. erlischt die Mitgliedschaft Versicherungsberechtigter ohne weiteres, wenn sie zweimal nacheinander am Zahltage die Beiträge nicht entrichten und seit dem ersten dieser Tage mindestens vier Wochen vergangen sind. Diese Rechtswirkung wird nicht dadurch beseitigt, daß der Vorstand oder ein Angestellter der Kasse noch weiterhin Beiträge annimmt; denn es steht der Kasse nicht zu, die kraft zwingenden Rechts eingetretene Wirkung außer acht zu lassen. Indessen setzt die Vorschrift voraus, daß der Beitragsschuldner sich tatsächlich im Verzuge befindet, daß er die Zahlung „nicht zu der bestimmten Zeit leistet" (§ 284 Abs. 2 BGB.), und der Schuldner kommt nicht in Verzug, solange die Leistung infolge eines Umstandes unterbleibt, den er nicht zu vertreten hat (§ 285 BGB.). Wenn also zwar die Satzung bestimmt, daß die Versicherungsberechtigten die Beiträge spätestens bis zum 5. jeden Monats einzuzahlen haben (§ 393 RVO.; § 50 der Satzung), wenn aber anderseits bei der Kasse die Übung besteht, daß die Beiträge abgeholt werden und daß die Abholung keineswegs regelmäßig bis zum 5. des Monats, sondern oft später erfolgt, so ist der Beitragsschuldner jedenfalls nicht im Verzug, solange die Abholung nicht erfolgt, und seine Mitgliedschaft erlischt erst, wenn er bei der Abholung mit der Zahlung in Verzug gerät (zu vgl. über einen ähnlichen Fall: Entsch. des preuß. OVerwGer. in ArbVers. 1909 S. 147). Wird er bei der Abholung nicht angetroffen und wird ihm, wie es im vorliegenden Fall angeblich geschehen sein soll, die Beitragsrechnung unter die Tür geschoben, so hat er die Zahlung ohne schuldhaftes Zögern nachzuholen und erst, wenn er dies nicht tut, wird man von einem Zahlungsverzuge, den er zu vertreten hat, reden können. Ist also die letzte Rechnung, wie die Schuldnerin behauptet, am Sonnabend, den 8. 1. 20 in ihrer Abwesenheit in ihre Wohnung geschoben und die Zahlung am Montag, den 10. 1. 20 geleistet worden, so wird Verzug und folglich das Erlöschen der Mitgliedschaft nicht anzunehmen sein; entgegengesetzt aber wäre die Sache zu beurteilen, wenn, wie die Kasse behauptet, die Beitragsrechnung schon am 6. 1. 20 in der angegebenen Art der Schuldnerin übermittelt worden war. Hierüber müssen zunächst Ermittlungen angestellt werden.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Str. 12.
Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., in Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

Heft 1330 der ganzen Folge.

38. Jahrgang | 1. Oktober 1921 | Heft 28

Das Gesetz vom 23. Juli 1921 über Änderung des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

Von Direktor Dr. H. Jaeger in Solln bei München.

In einer nun fast schon herkömmlichen Weise lag dem Reichstage, bevor er sich in die Sommerferien begab, eine größere Anzahl von Entwürfen zu Gesetzen aus der Sozialversicherung vor. Der wichtigste betraf die Änderung des Versicherungsgesetzes für Angestellte. Er brachte so eingehende Änderungen, daß man von einer völligen Umgestaltung sprechen konnte. Der Reichstag konnte sich daher, zumal von verschiedenen Seiten noch weitergehende Änderungen gewünscht wurden, nicht entschließen, den Regierungsentwurf in der kurzen Zeitspanne bis zu seiner Vertagung zu verabschieden. Angesichts der unbedingt notwendigen Schaffung neuer Einnahmequellen für die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und der nicht weniger erwünschten Anpassung der bereits laufenden Rentenbezüge an den gesunkenen Geldwert, entschloß er sich daher nur zu einer Erhöhung der versicherungspflichtigen Höchstgrenze an Jahresarbeitsverdienst, einer provisorischen Regelung der Beiträge und einer Einführung von Beihilfen zu den laufenden Renten. Die getroffene Regelung liegt vor in den vier Artikeln des Gesetzes vom 23. Juli 1921 über Änderung des Versicherungsgesetzes für Angestellte (RGBl. Nr. 84 vom 6. 8. 21 S. 1173; Arb. Vers. Heft 24 S. 473).

I. Die Änderungen des Gesetzes selbst (Art. II).

1. Die Ausdehnung des Höchstbetrages an Jahresarbeitsverdienst als Grenze der Versicherungspflicht (§ 1 Abs. 3 AVG.). Bei seinem Inkrafttreten am 1. Januar 1913 erstreckte das Versicherungsgesetz für Angestellte die Versicherungspflicht auf alle Angestellten mit einem Jahresarbeitsverdienst bis zu 5000 M. Da infolge der Geldentwertung der Kreis der Personen, deren Jahresarbeitsverdienst 5000 M. überstieg, immer mehr anwuchs, wurden immer weitere Kreise der Personen, für welche die Versicherung gedacht war, ihr entzogen. Es wurde daher die Höchstgrenze an Jahresarbeitsverdienst zunächst durch die Bekanntmachung vom 28. August 1918 (RGBl. S. 1085) auf 7000 M. und dann durch das Gesetz vom 21. Mai 1920 (RGBl. S. 1144) auf 15 000 M. erhöht. Nunmehr erweist sich nach der knappen Frist von einem Jahre auch diese Summe als zu niedrig, so daß das neue Gesetz (Art. II Ziff. 1) eine Verdoppelung auf 30 000 M. vornimmt.

Die Folge dieser Erhöhung ist die Einbeziehung einer großen Anzahl von Personen in die Versicherungspflicht, die ihr bisher überhaupt noch nicht unterworfen waren. Nicht weniger groß ist selbstverständlich die

Digitized by Google

Anzahl derjenigen Personen, die im Laufe der letzten acht Jahre während irgendeiner Zeit ihrer Beschäftigung nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte versichert waren, dann aber wieder wegen Erhöhung ihres Einkommens aus der Versicherung ausschieden. Die erste Gruppe kann man als Neuversicherte in voller Bedeutung dieses Wortes bezeichnen. Auch die zweite Gruppe bezeichnet das Gesetz dann als Neuversicherte, wenn sie die Anwartschaft aus ihrer früheren Pflichtversicherung nicht aufrecht erhalten haben. Dies ist nach § 49 AVG. der Fall, wenn nach dem Kalenderjahr, in welchem der erste Beitragsmonat zurückgelegt worden ist, innerhalb der nächsten zehn Kalenderjahre weniger als acht und nach dieser Zeit weniger als vier Beitragsmonate während eines Kalenderjahres zurückgelegt worden sind oder die Zahlung der Anerkennungsgebühr unterblieben ist. Die Beiträge können auf Grund der Versicherungspflicht oder auf Grund der freiwilligen Weiterversicherung entrichtet sein; letzteres ist allerdings erst dann möglich, wenn mindestens sechs Beitragsmonate auf Grund der Versicherungspflicht zurückgelegt sind (§ 15 AVG.). Eine verlorene Anwartschaft lebt aber wieder auf, wenn der Versicherte innerhalb des dem Kalenderjahre der Fälligkeit der Beiträge oder der Anerkennungsgebühr folgenden Kalenderjahrs die rückständigen Beiträge nachzahlt (§ 50 Abs. 1 AVG.); diese Nachzahlung ist heute für alle seit dem 1. Januar 1914 laufenden Beiträge bis zum 31. Dezember 1921 noch möglich (§ 1 der Bekanntmachung vom 28. März 1918 — RGBl. S. 165 —). Bedingungslos verloren sind daher Anwartschaften nur dann, wenn es sich um Beiträge aus dem Jahre 1913 handelt und seitdem eine Versicherungspflicht nicht mehr eingetreten ist.

Unter diesen Umständen können als „Neuversicherte" im Sinne des Gesetzes ohne weiteres nur gelten:

a) die Angestellten, welche bisher überhaupt noch nie versicherungspflichtig waren;

b) die Angestellten, welche im Jahre 1913 versichert waren und seitdem Beiträge nicht mehr entrichtet haben;

c) die Angestellten, welche weniger als fünf Monate in versicherungspflichtiger Beschäftigung waren;

d) alle Angestellten, welche nach Ausscheiden aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung von mehr als sechs Beitragsmonaten die Versicherung freiwillig nicht fortsetzten oder eine freiwillig fortgesetzte Versicherung verloren, weil sie eine geringere als die in § 49 AVG. festgesetzte Zahl von Beitragsmonaten in einem Kalenderjahre zurücklegten.

Fraglich ist es, ob man auch diejenigen Angestellten als Neuversicherte bezeichnen kann, welche auf Grund des § 50 AVG. in Verbindung mit § 1 der Bekanntmachung vom 28. März 1918 heute noch in der Lage sind, eine verlorene Anwartschaft wieder zum Aufleben zu bringen. Das Gesetz (Art. III) versteht unter Neuversicherten solche „Angestellte, die mit einem Jahresarbeitsverdienste von mehr als 15 000 M. . . . . versicherungspflichtig werden, ohne bereits eine besondere Anwartschaft aus früherer Pflichtversicherung zu haben". Es fragt sich daher nur, was unter „laufender Anwartschaft" zu verstehen ist, ob hierunter nicht nur die aufrecht *erhaltene*, sondern auch die noch aufrecht *erhaltbare* Anwartschaft fällt. Man wird als laufend wohl nur die aufrecht *erhaltene* Anwartschaft bezeichnen können, so daß unter die Neuversicherten im Sinne des Gesetzes noch die unter d) aufgeführten Angestellten fallen.

Den Neuversicherten räumt nun Art. III des neuen Gesetzes bestimmte Vorteile ein. Für sie gelten nämlich die §§ 366, 395 bis 398 AVG. mit der Maßgabe, daß die dort gesteckten Fristen vom Inkrafttreten des Artikel II des Gesetzes, d. i. vom 1. August 1921 an (Art. IV) laufen. Das hat folgende Bedeutung:

a) Sind Neuversicherte Mitglieder von Fabrik-, Betriebs-, Haus-, Seemanns- oder ähnlichen Kassen (§ 365 AVG.) und werden sie vor dem 1. August 1921 berufsunfähig

Digitized by Google

oder vollenden sie vorher das 65. Lebensjahr oder sterben sie vor diesem Zeitpunkte und haben nun diese Kassen nach ihrer Satzung Leistungen zu gewähren, an denen die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte nicht beteiligt ist, so leistet diese zur Bestreitung der Kassenleistungen einen einmaligen Zuschuß in Höhe der Nettobeiträge mit Einschluß der rechnungsmäßigen Zinsen und Zinseszinsen;

b) Bis zum 31. Juli 1924 kann die Reichsversicherungsanstalt solchen Neuversicherten nach vorhergehender ärztlicher Untersuchung gestatten, die Wartezeit zum Bezuge der Leistungen durch Einzahlung einer Prämienreserve abzukürzen;

c) Haben Neuversicherte am 1. August 1921 das 55. Lebensjahr bereits vollendet und wird ihnen die Abkürzung der Wartezeit nicht gestattet oder ist sie ihnen aus irgendeinem Grunde, z. B. aus Mangel an Mitteln zur Einzahlung der Prämienreserve nicht möglich, so werden sie auf Antrag von der Versicherungspflicht befreit;

d) Bis zum 31. Juli 1921 genügt bei solchen Neuversicherten zur Erfüllung der Wartezeit bei den Hinterbliebenenrenten das Zurücklegen von 60 Beitragsmonaten auf Grund der Versicherungspflicht;

e) Wird ein solcher Neuversicherter vor dem 1. August 1936 berufsunfähig, ohne daß er einen Anspruch auf Leistungen geltend machen kann, so steht bei seinem vor oder nach dem 1. August 1936 erfolgenden Tode seiner Witwe (bei weiblichen Angestellten dem Witwer) oder, falls eine Witwe oder ein Witwer nicht vorhanden ist, den hinterlassenen Kindern unter 18 Jahren ein Anspruch auf Erstattung der Hälfte der für den Verstorbenen eingezahlten Pflichtbeiträge und auf Erstattung von ¾ der freiwilligen Beiträge zu. Das gleiche gilt, wenn ein solcher Neuversicherter, ohne berufsunfähig geworden zu sein, vor dem 1. August 1936 stirbt und ein Anspruch auf Leistungen der Hinterbliebenenfürsorge nicht geltend gemacht werden kann. In beiden Fällen muß aber der Erstattungsanspruch innerhalb eines Jahres nach dem Tode des Versicherten geltend gemacht werden.

An diesen Vorteilen nehmen, wie bereits erwähnt, auch diejenigen Neuversicherten teil, die an sich in der Lage wären, durch nachträgliche Beitragsentrichtung eine verlorene Anwartschaft wieder zum Aufleben zu bringen. Wegen ihrer Anerkennung als Neuversicherte wird man ihnen jedoch das Recht, von dieser nachträglichen Beitragsentrichtung Gebrauch zu machen, nicht absprechen dürfen. Machen sie hiervon Gebrauch, so verlieren sie allerdings den Charakter als Neuversicherte im Sinne des Art. III des Gesetzes; denn ihre Anwartschaft wird ja nunmehr eine laufende, d. i. aufrecht erhaltene. Man wird ihnen daher die Wahl freistellen müssen, in welcher Weise sie die Fortführung ihrer Versicherung ab 1. August 1921 gestalten wollen.

Weitere Vorteile als die in Art. III genannten, werden den ab 1. August 1921 wieder versicherungspflichtig werdenden Angestellten, auch wenn sie als Neuversicherte zu gelten haben, nicht eingeräumt. Die bei den früheren Erhöhungen der Höchstgrenze des Jahresarbeitsverdienstes übliche Anrechnung der zwischen dem Ausscheiden aus der Versicherungspflicht wegen Überschreitens der Gehaltsgrenze und ihrem Wiederbeginn liegenden Kalendermonate als Beitragsmonate für die freiwillige Weiterversicherung und die Erhaltung der Anwartschaft findet diesmal nicht statt. Den in Betracht kommenden Angestellten bleibt daher nur der Weg der freiwilligen Weiterversicherung bzw. der bis 31. Dezember 1921 möglichen (s. o.) nachträglichen Beitragszahlung.

Ebenso ist diesmal keine Möglichkeit gegeben, daß sich Neuversicherte, die einer Lebensversicherung angehören, von der eigenen Beitragsleistung befreien lassen (zu vgl. die Auskunft hier, Heft 26 Ziff. 9). Da im ursprünglichen Regierungsentwurf diese Befreiung vorgesehen war, die ohne Unterlassung auch nicht gut verständlich ist, muß man hierin wohl wieder eines der vielen, in den heutigen Gesetzen üblichen Übersehen er-

Digitized by Google

blicken. Schon sind auch in der Presse Nachrichten aufgetaucht, daß bei der beginnenden Herbsttagung des Reichstags mit einem Nachholen der Befreiungsmöglichkeit zu rechnen sei. Bis dorthin steht Neuversicherten eine Befreiungsmöglichkeit nur dann offen, wenn sie am 1. August 1921 das 30. Lebensjahr vollendet haben und ihre Lebensversicherung an diesem Tage bereits drei Jahre läuft (§ 390 Abs. 2 AVG.).

2. Die Neuregelung der Beiträge. Die bisherigen Erhöhungen der versicherungspflichtigen Höchstgrenze sahen von einer Neueinteilung der Gehaltsklassen und der Beiträge ab. Es blieb stets dabei, daß Angestellte mit einem Jahresarbeitsverdienst von mehr als 4000 M. Beiträge der Gehaltsklasse J im monatlichen Betrage von 26 M. 60 Pf. zu entrichten hatten. Der Regierungsentwurf hatte hier insofern grundlegende Änderungen vorgesehen, indem er eine neue Einteilung der Gehaltsklassen und eine Anfügung neuer Beiträge unter gleichzeitiger starker Erhöhung der bisherigen Beiträge vorsah. Das gegenwärtige Gesetz begnügt sich damit, den bestehenden Gehaltsklassen und ihren Beiträgen neue Stufen anzufügen (Art. II Ziff. 2 und 5). Auch diese Regelung gilt ab 1. August 1921, so daß von diesem Tage ab sich folgende Einteilung ergibt:

	Klasse	Jahresarbeitsverdienst				Monatsbeitrag
	A	bis zu			550 M	1,60 M
	B	von	551	bis	850 „	3,20 „
	C	„	851	„	1 150 „	4,80 „
	D	„	1 151	„	1 500 „	6,80 „
	E	„	1 501	„	2 000 „	9,60 „
	F	„	2 001	„	2 500 „	13,20 „
	G	„	2 501	„	3 000 „	16,60 „
	H	„	3 001	„	4 000 „	20,00 „
	I	„	4 001	„	5 000 „	26,60 „
Neu ab 1. 8. 21.	K	„	5 001	„	10 000 „	33,20 „
Neu ab 1. 8. 21.	L	„	10 001	„	15 000 „	40,00 „
Neu ab 1. 8. 21.	M	„	15 001	„	30 000 „	48,00 „

Die Neueinteilung berührt, da ja bisher alle Angestellten mit mehr als 4000 M. unter die Gehaltsklasse J fielen, nicht nur die Angestellten mit mehr als 15 000 M. Für sämtliche mehr als 4000 M. beziehenden Angestellten haben daher die Arbeitgeber ab 1. August 1921 die neuen Beiträge zu entrichten und bei den zum 15. September 1921 fälligen Einzahlungen (§ 181 Abs. 1 AVG.) zum erstenmal zu verrechnen. Die Reichsversicherungsanstalt hat allen Arbeitgebern mitgeteilt, daß sie Veränderungsanzeigen aus Anlaß des erstmaligen Vollzugs des Gesetzes vom 23. Juli 1921 nicht wünscht. Es genüge die Einsendung der üblichen monatlichen Übersichten unter alphabetischer Aufzählung der Angestellten. Immerhin wird es sich empfehlen, bei Angestellten, die infolge Erhöhung der Gehaltsgrenze bis zu 30 000 Mark zum überhaupt erstenmal wieder in den Listen erscheinen, zu vermerken „Zugang: 1. August 1921". Für solche Angestellten müssen nunmehr auch bei der zuständigen Ausgabestelle Versicherungskarten erholt werden, es sei denn, daß sie noch gültige Versicherungskarten aus einer Beschäftigung, die früher schon die Versicherungspflicht begründete, in Händen haben. Als gültig werden Karten so lange bezeichnet werden können, als ihre Umlaufsdauer gemäß § 195 AVG. läuft.

3. Wählbarkeit von Frauen zu den Behörden der Angestelltenversicherung. Ohne den Hintergrund der Dringlichkeit hat der Reichstag noch einen Punkt aus dem Regierungsentwurf entnommen: die Ermöglichung der Wählbarkeit von Frauen zu den Behörden der Angestelltenversicherung. Das neue Gesetz beseitigt daher (Art. II Ziff. 3) die Bestimmung in § 131 Abs. 3 AVG., wonach bei richterlichen Entscheidungen der Rentenausschüsse als Beisitzer nur Männer mitwirken dürfen und streicht (Art. II Ziff. 4) in § 161 Abs. 1 Satz 1 AVG. die Vorschrift, wonach als Beisitzer bei den Schiedsgerichten nur Männer wählbar sind. Da nach § 164 AVG. diese Bestimmung auch für das Oberschiedsgericht gilt, sind nunmehr bei allen drei Behörden der Angestelltenversicherung Frauen zur Mitwirkung berufen. Es ist anzunehmen, daß die gleiche Regelung schon in Bälde hinsichtlich der Behörden der Arbeiterversicherung getroffen wird.

Digitized by Google

II. Die Beihilfen zu den Renten der Angestelltenversicherung. (Art. I).

Wenn auch der Kreis der Empfänger von Renten aus der Angestelltenversicherung heute noch kein allzu großer ist, die wirtschaftliche Teuerung und den damit verbundenen Widerspruch zwischen dem Werte ihrer nach Gold berechneten Rentenbeträge und dem heutigen Geldwert empfinden die in Betracht kommenden Personen nicht weniger als die zahlreicheren Empfänger von Renten aus der Arbeiterversicherung. Es war daher eine Selbstverständlichkeit, daß sich der Reichstag auch der im Bezuge von Ruhegeld stehenden Angestellten und der Hinterbliebenenfürsorge genießenden Witwen und Waisen von Angestellten annahm und ihre Bezüge erhöhte. Es geschah dies in der Weise (Art. I, § 1 Abs. 1, § 2), daß rückwirkend auf den 1. Januar 1921 den Rentenempfängern eine Beihilfe gezahlt wird; sie beträgt bei Ruhegeld monatlich 70 M., bei Witwen- und Witwerrenten monatlich 55 M., bei Waisenrenten monatlich 30 M.

Die Beihilfe ist monatlich im voraus zahlbar und wird nur für volle Kalendermonate gewährt. Sie wird in vollem Betrage auch dann gezahlt, wenn der Angestellte wegen Zugehörigkeit zu einer Lebensversicherung gemäß § 390 AVG. von der eigenen Beitragsleistung befreit ist und daher gemäß § 392 AVG. nur die halben Leistungen des Gesetzes erhält (Art. I, § 3 Satz 1).

Die Beihilfe wird solchen Personen nicht gewährt, denen auf Grund des Gesetzes über eine außerordentliche Beihilfe für Empfänger von Renten aus der Invalidenversicherung vom 26. Dezember 1920 in der Fassung der Bekanntmachung vom 11. April 1921 (RGBl. Nr. 473) eine Beihilfe zusteht (Art. I, § 1 Abs. 2). Nach § 1 dieses Gesetzes erhalten die Beihilfe nur solche Empfänger von Renten der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung, denen bereits auf Grund des Gesetzes vom 20. Mai 1920 (RGBl. Nr 1091) eine Zulage gewährt wird. Die Beihilfe aus der Invalidenversicherung wird ferner den Personen, welche auf Grund des Reichsversorgungsgesetzes oder anderer Militärversorgungsgesetze eine Versorgung erhalten, nur insoweit gewährt, als die zu gewährende Beihilfe die gewährte Versorgung übersteigt. Auch die Gewährung einer teilweisen Beihilfe wird man als „Zustehen einer Beihilfe" im Sinne des Art. I § 1 Abs. 2 des Gesetzes vom 23. Juli 1921 ansehen können, so daß hierdurch die Gewährung einer Beihilfe aus der Angestelltenversicherung entfällt. Es ergeben sich dann folgende Personenkreise, denen eine Beihilfe aus der Angestelltenversicherung nicht gezahlt werden kann:

a) alle Angestellten, die eine Invaliden-, Alters-, Witwen-, Witwer- oder Waisenrente beziehen, nicht Ausländer sind, die sich im Ausland aufhalten und keine Militärrente nach deutschem oder außerdeutschem Militärversorgungsrecht erhalten;

b) alle Angestellten, die eine Invaliden-, Alters-, Witwen-, Witwer- und Waisenrente beziehen, nicht Ausländer sind, die sich im Ausland aufhalten, und auf Grund des Reichsversorgungsgesetzes eine Rente für Minderung ihrer Erwerbsfähigkeit um weniger als zwei Drittel oder auf Grund älterer deutscher oder auf Grund außerdeutscher Militärversorgungsgesetze eine Rente für Minderung ihrer Erwerbsfähigkeit (ohne Rücksicht auf deren Höhe) oder eine Hinterbliebenenrente beziehen, sofern sie die Beihilfe aus der Invalidenversicherung zu dem Teile beziehen, um den ihr Betrag die Militärrente übersteigt.

Das Gesetz vom 26. Dezember 1920 in der Fassung der Bekanntmachung vom 11. April 1921 und ebenso das Gesetz vom 20. Mai 1920 werden nun ab 1. Oktober 1921 durch Art. II lit. A, G des Gesetzes vom 23. Juli 1921 über anderweite Festsetzung der Leistungen und der Beiträge aus der Invalidenversicherung (RGBl. S. 984) aufgehoben. An ihre Stelle tritt eine „Er-

Digitized by Google

höhung" der Rentenbezüge der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung. Es fragt sich, ob ab 1. Oktober 1921 Angestellten, die solche erhöhten Renten der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung beziehen, die Beihilfe zu Renten aus der Angestelltenversicherung zusteht, oder ob diese erhöhten Renten ebenso zu betrachten sind, wie die bisherigen durch Zulage und Beihilfe auf einen höheren Geldwert gebrachten Renten. Man wird sich dieser letzteren Anschauung anschließen müssen, da der Gesetzgeber ohne Zweifel den Doppelbezug der Erhöhung der Renten aus beiden Zweigen der Versicherung vermeiden wollte und lediglich übersah, daß ab 1. Oktober 1921 die Gewährung von Zulagen und Beihilfen zu den Renten der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung eine anderweite Gestaltung erfuhr.

Die Beihilfe entfällt, wenn die Rente zum vollen Betrage ruht (Art. I, § 3 Satz 2). Das Ruhen der Rente tritt ein beim Zusammentreffen mit Renten der reichsgesetzlichen Arbeiterversicherung oder mit Gehalt, Lohn oder sonstigem Einkommen aus gewinnbringender Beschäftigung, sofern hierdurch gewisse Höchstsätze überschritten werden (§§ 73, 74 AVG.), bei Verbüßung einer Freiheitsstrafe von mehr als einem Monat oder bei Unterbringung in einem Arbeitshaus oder in einer Besserungsanstalt (§ 75 AVG.), ferner bei einem ohne Zustimmung des Rentenausschusses genommenen Aufenthalt im Ausland (§ 76 AVG.). Bei Verbüßung einer Freiheitsstrafe von mehr als einem Monat und bei Unterbringung in einem Arbeitshaus oder einer Besserungsanstalt, wird im Inland lebenden Angehörigen des Berechtigten, die er von seinem Arbeitsverdienst ganz oder überwiegend unterhalten hat, das Ruhegeld überwiesen (§ 75 Abs. 2); da hier dann von einem Ruhen des Ruhegeldes nicht gesprochen werden kann, wird man diesen Angehörigen auch die Beihilfe zusprechen müssen.

Die neu eingeführten Beihilfen werden aus Mitteln der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte gezahlt (Art. I, § 4). Ihre Aufbringung geschieht also nur mittelbar seitens der Arbeitgeber und der Angestellten.

Das Versorgungshausgeld nach dem RVG.

Von Ernst Rieger, Abteilungsvorsteher bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin.

Das Reichsversorgungsgesetz sieht bei Krankenhausbehandlung der Dienstbeschädigten, ebenso wie die RVO., ein Hausgeld vor. Während aber § 186 RVO. klar bestimmt: Hausgeld ist für die Angehörigen zu zahlen, wenn deren Unterhalt von dem Versicherten bisher aus dessen Arbeitsverdienst „ganz oder überwiegend" bestritten wurde, ist die Formulierung im RVG. weniger klar.

§ 13 Abs. 1 a. a. O. lautet:

„Während der Heilanstaltspflege eines Beschädigten werden den Angehörigen, deren Ernährer gewesen ist, zwei Drittel der Vollrente (§ 29) und die nach der Vollrente bemessene Kinderzulage (§ 30) als Hausgeld gewährt. Hausgeld wird nur gewährt, insoweit das Einkommen des Beschädigten durch die Erkrankung gemindert ist."

So viel geht immerhin aus dieser Fassung hervor, daß der Beschädigte der „Ernährer" seiner Angehörigen gewesen sein muß. Der in der Praxis des § 186 RVO. Bewanderte wird über die nötige Auslegung des Begriffs „Ernährer" wohl kaum im Zweifel sein können. Die vom ReichsarbMinisterium herausgegebenen Ausführungsbestimmungen verengen diesen Begriff aber in folgender Weise: (Zu § 13 Abs. 1.)

„Es (das Hausgeld) kann nur den Angehörigen gewährt werden, deren Ernährer der Beschädigte unmittelbar vor seiner Erkrankung gewesen ist, und wird daher in der Regel nur solchen Personen zustehen, die mit ihm vor Beginn der Heilanstaltspflege oder Badekur in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben."

Prompt haben eine Reihe von Versorgungsämtern diesen Teil der Ausfüh-

Digitized by Google

rungsbestimmungen dahin ausgelegt, daß „häusliche Gemeinschaft" immer die Voraussetzung für die Gewährung des Hausgeldes sein muß. Demgemäß lehnten es jene Behörden ab, z. B. Witwern, die ihre Kinder auf eigene Kosten bei Verwandten untergebracht hatten, oder Beschädigten, die von ihren Frauen verlassen waren, ihre Kinder aber im eigenen Haushalte „ernährten" und Personen, die uneheliche Kinder völlig unterhielten, das Versorgungshausgeld zuzubilligen. Einige lehnten die Gewährung überhaupt grundsätzlich ab, andere bewilligten nur — die Kinderzulage, die einen winzigen Bruchteil ausmacht und nicht im entferntesten die Kosten des Unterhalts zu decken vermag. Gegen solche Einengung des Begriffs „Ernährer" und ganz besonders gegen die völlig unberechtigte Verkürzung des unteilbaren Versorgungshausgeldes wandten sich verschiedene Beschwerden von Krankenkassen. Das Reichsarbeitsministerium hat nun in einem Bescheide vom 19. 8. 21 (abgedruckt in Nr. 60 des Reichs-Versorgungsblattes) seinen Standpunkt zu der Frage wie folgt erläutert:

„Ist Hausgeld an sich zahlbar, so wird in jedem Falle, also auch dann, wenn nur Kinder in Frage kommen, zunächst das für Beschädigte ohne Kinder zustehende Hausgeld gewährt. Dieser Betrag erhöht sich je nach der Zahl der im Einzelfall bezugsberechtigten Kinder. Die Gewährung eines Hausgeldes nur in Höhe des auf die Kinder entfallenden Teilbetrages kommt also nicht in Betracht."

Hiernach wird also die Unteilbarkeit des Hausgeldes vom ReichsarbMinisterium ausdrücklich festgestellt. Aber auch den Begriff „Ernährer" erläutert das Ministerium, nunmehr im Sinne der RVO. und der bewährten Kassenpraxis, durch Beispiele also:

„Abweichend von der in Nr. 1 der Ausführungsbestimmungen zu § 13 RVG. angenommenen Regel können nun folgende Sonderfälle eintreten:

1. Ein Beschädigter (Witwer) führt einen gemeinsamen Haushalt nur mit ehelichen Kindern, während ein uneheliches Kind, das von ihm unentgeltlich unterhalten wird (§ 30 RVG.), anderweitig untergebracht ist. In diesem Falle kann das uneheliche Kind bei der Berechnung des Versorgungshausgeldes ohne weiteres berücksichtigt werden. — Das gleiche gilt,

2. wenn der Beschädigte nur mit seiner Ehefrau oder Haushälterin usw. in häuslicher Gemeinschaft lebt und nur ein außerhalb untergebrachtes, uneheliches Kind zu unterhalten hat.

3. Hat ein unverheirateter, geschiedener oder verwitweter Beschädigter ohne sonstige Angehörige für ein anderweitig untergebrachtes uneheliches Kind nur die gesetzlichen Unterhaltsbeiträge gezahlt, so ist er als Ernährer des Kindes nur anzusehen, wenn diese Beiträge den überwiegenden Teil des Unterhalts darstellen. Ist das nicht der Fall, so kommt die Gewährung des Versorgungshausgeldes überhaupt nicht in Betracht. Es kann aber auf Antrag durch Bewilligung einer Versorgungsunterstützung (§ 13 Abs. 3 RVG.) geholfen werden. Ihre Höhe richtet sich nach den tatsächlichen gesetzlichen Unterhaltskosten für das Kind; sie darf aber den Betrag nicht übersteigen, der dem Beschädigten nach § 13 RVG. als Versorgungshausgeld zu zahlen wäre, wenn er mit dem Kinde in häuslicher Gemeinschaft leben würde.

Zuständig für die Gewährung der Versorgungsunterstützung ist das Versorgungsamt.

4. Ein Beschädigter wird (z. B. infolge Heirat oder Todesfall in der Familie) erst während der Anstaltspflege Ernährer von Angehörigen. In diesem Falle steht das Versorgungshausgeld nicht zu, weil die gesetzliche Voraussetzung, nach welcher der Beschädigte unmittelbar vor der Erkrankung Ernährer gewesen sein muß, nicht vorliegt.

Ist der Beschädigte tatsächlich Ernährer von Angehörigen geworden, so kann bei vorliegendem dringenden Bedürfnis auf Antrag an das Versorgungsamt gemäß § 13 Abs. 3 RVG. eine Versorgungsunterstützung bewilligt werden, die aber den Betrag des Versorgungshausgeldes nicht übersteigen darf, das dem Beschädigten zustehen würde, wenn er schon vor der Erkrankung Ernährer gewesen wäre.

Eine Erhöhung der hiernach begrenzten Zuwendung durch eine weitere Unterstützung, wie sie für Hausgeldempfänger in Nr. 42 der Leitsätze angeführt ist, kommt nicht in Betracht."

Die Frage, ob uneheliche Kinder den ehelichen Kindern bei Zubilligung des Versorgungshausgeldes gleich zu behandeln sind, hatte vielfach Zweifel und eine den Beschädigten ungünstige Beantwortung hervorgerufen. Der erwähnte Bescheid des ReichsarbMinisteriums schafft auch hierin Klarheit, indem er feststellt: „Die Berücksichtigung eines unehelichen Kindes ist nicht davon abhängig, daß es in die häusliche Gemeinschaft des Beschädigten aufgenommen war. In Nr. 1 der AusführBest. zu § 13 RVG. ist nur darauf hingewiesen, daß die Voraussetzungen in der Regel nur für solche Personen erfüllt sein werden, die der häuslichen Gemeinschaft angehört haben."

Es ist zu wünschen, daß sich die Praxis

Digitized by Google

der Versorgungsbehörden diese Selbstverständlichkeiten nun bald einhellig zueigen machen möchte und daß nötigenfalls die Krankenkassen auf Klarstellungen von Unstimmigkeiten durch das ReichsarbMinisterium hinwirken.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Versicherungsfreiheit eines Zivilsupernumerars.

Entscheid. des **Versicherungsamts der Stadt Berlin** vom 11. Juni 1921 (A. K. 20).

Wie aus den von dem Antragsteller eingereichten Bestimmungen hervorgeht, werden dort die Zivilsupernumerare zu einer unentgeltlichen Beschäftigung zur Ausbildung als Beamte eingestellt und müssen sich aus eigenen Mitteln unterhalten. Es ist in der Unterhaltsverpflichtungserklärung von einem dreijährigen Vorbereitungsdienst die Rede. Sie werden also für ihren künftigen Beruf ausgebildet. Daß sie zur Zeit einen jederzeit widerruflichen Unterhaltszuschuß beziehen, erklärt sich durch die erforderlichen höheren Aufwendungen zum Unterhalt für die gegenwärtig bestehende Teuerung, nicht aber, wie die Kasse annimmt, weil sie Sekretärarbeit verrichten. Da die Supernumerarzeit lediglich als eine Ausbildungszeit für den künftigen Beruf anzusehen ist, so kommt, falls die Supernumerare als Beamte zu erachten wären, allein der § 172 Ziff. 1 RVO. in Frage, denn der § 169, auf den die Antraggegnerin gleichfalls hinweist, bezieht sich nicht auf Beamte, die für ihren Beruf ausgebildet werden.

Nun besagt Ziff. 27 der Anleitung über den Kreis der nach der Reichsversicherungsordnung versicherten Personen betr. der „zu ihrer Ausbildung beschäftigten Beamten": „Sie gelangen im gewöhnlichen Lauf der Dinge in Stellungen, in denen sie ohne weiteres versicherungsfrei sind; deshalb ist für sie die Versicherung auch in der Ausbildungszeit entbehrlich. Ob eine im Reichs- oder Kommunaldienst beschäftigte Person Beamter ist, bestimmt sich nach den für ihre dienstliche Stellung maßgebenden gesetzlichen oder Verwaltungsvorschriften. (Dienstpragmatik vgl. angeführte Entscheidungen)."

„Eine Beeidigung oder sonstige Verpflichtung beweist nicht unbedingt die Beamteneigenschaft, auch die Art der Tätigkeit gestattet insofern keinen sicheren Schluß auf die Zugehörigkeit zu den Beamten, als selbst Bedienstete mit untergeordneten, rein mechanischen Aufgaben Beamte sein können. Vielmehr kommt es wesentlich auf das Vorliegen eines Dienstverhältnisses mit rechtlicher Grundlage an." Das Reichsversicherungsamt hat in der Entsch. vom 10. 1. 1920 (ArbVers. 1921 Nr. 11 S. 209, auch Ortskrankenkasse 1921 Nr. 1, Sp. 21 ff.) ausgesprochen, daß die Bestimmung darüber, ob eine im Staatsdienst zu beschäftigende Person auf Grund öffentlich rechtlicher Anstellung oder nur kraft privatrechtlichen Vertrages anzunehmen ist, dem betr. Staat und seinen Zentralorganen vorbehalten ist. Entscheidend ist also, falls das öffentliche Recht des betr. Staates die Voraussetzungen für die Beamteneigenschaft nicht allgemein regelt, die von den zuständigen Ressorts für die einzelnen Zweige der Staatsverwaltung festgesetzten Normen. Da in dem dort zu Streit stehenden Falle — es handelte sich um Beamte, für die der § 169 in Frage kam, das Versicherungsamt trägt aber kein Bedenken, die Entscheidungsgründe auch auf die Beamten im Sinne des § 172 Ziff. 1 anzuwenden — die zuständige Stelle die beteiligten Personen als Staatsbeamte ansah, so war, wie das Reichsversicherungsamt weiter ausführt, „ihre Beamteneigenschaft nicht zu beanstanden. Insbesondere ist es hierbei ohne Belang, ob sie nach den landesgesetzlichen Vorschriften oder nach den besonderen Anstellungsbedingungen nur widerruflich und auf Kündigung beschäftigt werden."

Schriftform für die Einlegung von Rechtsmitteln.

Rek. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 17. Dezember 1920 (Ia 2282/20[e]).

Nach § 129 RVO. mußte der Kläger das Rechtsmittel entweder bei der Stelle einlegen, die zu entscheiden hat, oder bei einer anderen inländischen Behörde oder bei einem Organe des Versicherungsträgers. Seine Rechtsmittelschrift wäre unverzüglich an die zuständige Stelle abzugeben gewesen. Es ist also die Schriftform für die Anfechtungserklärung vorgeschrieben. Dem Kläger stand es danach frei, entweder einen die Anmeldung der Berufung enthaltenden Schriftsatz bei den in § 129 RVO. bezeichneten Stellen einzureichen, oder dort eine mündliche Erklärung über die Anfechtung des Endbescheides abzugeben, welche von der Stelle durch Niederschrift zu beurkunden war. Was aber der Kläger getan hat, um seinen Anfechtungswillen kund zu tun, kann als eine rechtsgültige Einlegung des Rechtsmittels der Berufung bei den im Gesetze bezeichneten Stellen nicht angesehen werden. Er hat zwar mit den Polizeibeamten B. und H. bei

Digitized by Google

einer Begegnung auf der Straße davon gesprochen, daß er die Berufung erheben wolle. Die Beamten haben aber seine Mitteilung nicht als eine Anmeldung des Rechtsmittels aufgefaßt, haben sich auch nicht bereit gezeigt, die Mitteilung als zu ihrem Dienste gehörig entgegenzunehmen. Sie waren hierzu auch nicht befugt, denn die Erklärung des Klägers mußte bei der Polizeibehörde, d. h. am Sitze und Geschäftsorte derselben, abgegeben werden.

Ebensowenig ist erwiesen, daß der Kläger den Anfechtungswillen bei der ärztlichen Untersuchung mit rechtlicher Wirkung erklärt hätte. Abgesehen davon, daß der Vertrauensarzt nicht Organ derselben ist, ist nach den Äußerungen des Dr. H. und des Geschäftsführers der Berufsgenossenschaft nicht erwiesen, daß der Kläger davon gesprochen habe, die Entscheidung der Berufsgenossenschaft anfechten zu wollen. Der Kläger hat mithin das Rechtsmittel der Berufung gegen den Endbescheid vom 16. April 1920 weder in der vorgeschriebenen Form noch an der zuständigen Stelle und am richtigen Ort rechtzeitig eingelegt.

B. Zur Krankenversicherung.

Einwirkung des Gesetzes über Wochenhilfe v. 29. 7. 21 auf laufende Leistungen aus Entbindungen vor dem 6. 8. 21.

Schreiben des **Reichsarbeitsministers** (an die Kassenhauptverbände) vom 18. August 1921.

Ein Versicherungsamt hat angefragt, ob die durch das Gesetz vom 29. Juli 1921 (RGBl. S. 1189) erfolgte Erhöhung der Beträge für Wochen- und Stillgeld auch in denjenigen Fällen Platz greift, in denen die Entbindung vor dem 6. August 1921 stattgefunden hat, die Bezugsdauer für die genannten Leistungen am bezeichneten Tage aber noch läuft. Nach der Absicht des Gesetzgebers wird diese Frage zu bejahen sein. Für die Zeit bis zum 6. August ist in Fällen der gedachten Art Wochen- und Stillgeld nur in dem bisherigen niedrigeren, von da an aber bis zum Ende der Bezugszeit in dem erhöhten Betrage zu zahlen. Die Aufnahme einer ausdrücklichen Vorschrift dieserhalb in das Gesetz ist ebensowenig für notwendig erachtet worden, wie es seinerzeit bei Erlaß der Bekanntmachung, betr. Erhöhung des Wochengeldes vom 6. Juni 1917 (RGBl. S. 459) und des § 2 der Verordnung über die Wochenhilfe aus Mitteln des Reichs vom 21. Dezember 1918 (RGBl. S. 1467) der Fall war. Dem Verbande wird anheimgestellt, die angeschlossenen Kassen entsprechend zu verständigen.

Anmerkung: Im Heft 27 S. 528 haben wir einen im gleichen Sinne erteilten Bescheid des Ministers als völlig wertlos und irreführend bezeichnet, weil ihm irgendwelche Gründe nicht beigefügt waren; widerlegt war die Auffassung des Ministers schon vorher durch unsere Auskunft im Heft 25 S. 498. Die jetzt vorliegende „Begründung" kann an unserem Urteil nichts ändern. Sie ist sogar schlimmer als das Fehlen von Gründen, weil sie Tatsachen entstellt und anerkannte Rechtssätze verleugnet. Man habe, so sagt das Schreiben, eine ausdrückliche Vorschrift, daß die erhöhten Bezüge vom 6. 8. 21 ab auch bei Entbindungen vor diesem Tage zu gewähren seien, ebensowenig für notwendig erachtet, wie bei Erlaß der näher bezeichneten zwei Verordnungen. Was sagen aber diese Verordnungen? Die vom 6. 6. 17 (ArbVers. S. 439) bestimmt im § 1: „Der Betrag des Wochengeldes, welches nach den Bekanntmachungen vom ... weiterhin zu zahlen ist, wird von 1 M. auf 1½ M. täglich erhöht." Und § 2 der Verordnung v. 21. 12. 18 (ArbVers. 1919 S. 28) lautet: „Der Betrag des Stillgeldes, welcher aus Mitteln des Reichs weiter zu gewähren ist, wird von ½ M. auf 75 Pf. täglich erhöht." Diese Fassung enthält doch eine nicht mißzuverstehende ausdrückliche Vorschrift dahin, daß vom Tage des Inkrafttretens ab auch in den Fällen, in denen bisher ein geringerer Betrag zu zahlen war, „weiterhin" der höhere zu gewähren sei. Diese beiden Fälle beweisen also das Gegenteil von dem, was der Minister behauptet: man hat, um die Anwendung der Verordnungen auf die Entbindungen aus früherer Zeit zu ermöglichen, eine solche ausdrückliche Vorschrift für notwendig erachtet. Und warum spricht der Minister nicht von den zahlreicheren Verordnungen, in denen in anderer Form noch deutlicher eine entsprechende Einwirkung auf die noch laufenden Ansprüche aus Entbindungen vor dem Inkrafttreten der Verordnungen vorgeschrieben, also doch für notwendig erachtet worden ist? So im § 10 der Bek. vom 3. 12. 14 (ArbVers. S. 833), § 10 der Bek. vom 28. 1. 15 (ArbVers. S. 104), § 22 der Bek. vom 23. 4. 15 (ArbVers. S. 302), § 21 der Bek. vom 6. 7. 17 (ArbVers. S. 515). Diese und die vom Minister herangezogenen Verordnungen sind zusammen sechs beweiskräftige Zeugnisse dafür, daß man sich dort, wo die Gesetze entworfen werden, des Rechtssatzes wohl bewußt war, daß ohne solche Bestimmung ein Gesetz, das Versicherungsansprüche begründet oder verändert, nur bezogen werden darf auf Versicherungsfälle, die sich seit dem Inkrafttreten des neuen Gesetzes ereignet haben. Das hätte man nicht verleugnen und verschleiern sollen. Das ist viel schlimmer, als wenn man sich zu dem Geständnis eines Versehens entschlossen hätte. Und ebenso schlimm ist der Versuch des Ministers, sich auf die vielbeliebte „Absicht des Gesetzgebers" zu berufen. Auch das sollte doch dort oben nicht unbekannt sein, daß es auf die angebliche Absicht, wenn sie nicht im Gesetze selbst zum Ausdruck gekommen ist, schlechthin nicht ankommt und gar nicht ankommen kann, weil der Verfasser des Gesetzentwurfs allenfalls seine eigene Absicht kennen mag, die unausgesprochene Absicht der vielköpfigen gesetzgebenden Faktoren aber regelmäßig — und besonders für den vorliegenden Fall — gar nicht zu ergründen ist. Hierüber können die Gehilfen des Reichsarbeitsministers, wenn sie das Bedürfnis und die Zeit dazu haben sollten, Treffliches

Digitized by Google

lesen in der Entsch. des RVA. 1895 Amtl. Nachr. 1914 S. 694, ArbVers. 1914 S. 811 ff., 817. Die „Krankenversicherung" Nr. 15 S. 235 vertritt die gleiche Auffassung wie wir und bemerkt: „Abweichungen von dieser Regel sind im Gegensatz zu früheren Abänderungsgesetzen diesmal nicht vorgesehen; ob absichtlich oder aus Versehen, ist nicht zu ergründen." Das ist richtig; es ist, wie mit der Möglichkeit eines Versehens, so auch mit der Möglichkeit einer bewußten Abweichung von der früheren Regelung zu rechnen. Die Finanzlage des Reichs ist doch in den letzten Jahren nicht besser geworden, und es könnte sein, daß vielleicht im Hinblick hierauf der gerade bei der Wochenhilfe sonst erfreulich weitherzige „Gesetzgeber" nun einmal ein wenig gekargt und bewußt den bereits vor der Verkündung des Gesetzes Niedergekommenen die Erhöhung der Bezüge versagt hat. Jedenfalls aber hat er die gegenteilige Absicht nicht in erkennbarer Weise kundgegeben, und das zwingt die Krankenkassen und die rechtsprechenden Stellen, die Meinung des Ministers in diesem Falle nicht gelten zu lassen. Die allenthalben sofort aufgetauchte Frage ist denn auch von unbefangenen Beurteilern wohl einmütig wie hier beantwortet worden; zu vgl. die Stimmensammlung in der „Betriebskrankenkasse" Nr. 17 S. 159; ferner Monatsblätter für Arbeiterversicherung Nr. 7/8 S. 52 (wo aber als Tag des Inkrafttretens irrig der 29. Juli 1921 bezeichnet ist). Soweit wir zur Zeit übersehen, liegen abweichende Äußerungen vor in der „Krankenversicherung" Nr. 17 S. 263 (ohne Versuch einer Begründung) und in der MonSchr. für Arb. u. AngestVers. Nr. 9 Sp. 503 (mit einer dem oben abgedruckten Schreiben des Ministers entsprechenden Begründung). Diese beiden Äußerungen stammen aber von dem Ministerialrat im Reichsarbeitsministerium Dr. Schulz. Mit anderen Worten: Der Herr Minister hat es dreimal gesagt — aber was er gesagt hat, ist durch diese Wiederholung nicht wahrer geworden.

Den benachteiligten Wöchnerinnen kann nur im Wege einer Ergänzung des Gesetzes geholfen werden, nicht durch haltlose Äußerungen, denen zu folgen die Krankenkassen und die rechtsprechenden Instanzen verschmähen müssen, wenn sie sich ihres Berufs zur unbefangenen und unbeeinflußten Beurteilung bewußt bleiben und ihr hierauf gegründetes Ansehen wahren wollen.

Sind im Sinne der §§ 12a, 12b Verordnungen über Erwerbslosenfürsorge die Verwaltungsbezirke der Stadt Berlin als „Gemeinden" anzusehen?

Entscheidung des **Versicherungsamts der Stadt Berlin** (Bez. 9) v. 18. August 1921 (Streitl. 107/21).

Das Bezirksamt Berlin 9 hat mit dem 2. April 1921 die in den früheren Gemeinden Schmargendorf, Grunewald und dem Amtsbezirk Grunewald-Forst wohnhaften Erwerbslosen von der Allgemeinen Ortskrankenkasse für Berlin-Schmargendorf und Umgegend abgemeldet und zur Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin-Wilmersdorf angemeldet. Die Allgemeine Ortskrankenkasse Schmargendorf nimmt diese Erwerbslosen nach wie vor für sich in Anspruch, weil ihr Kassenbezirk auch nach Inslebentreten der neuen Einheitsgemeinde Berlin derselbe geblieben sei; es liege dies auch im Interesse der Versicherten selber, die in Krankheitsfällen leichter die Kasse, wenn sie an ihrem Wohnort belegen sei, in Anspruch nehmen könnten. — Das Bezirksamt 9 hat hierzu erwidert, durch die Bildung der Einheitsgemeinde Berlin seien die Erwerbslosenfürsorgen von Schmargendorf und Grunewald mit dem 2. April 1921 aufgelöst und mit der Wilmersdorfer Fürsorge zusammen zu der Erwerbslosenfürsorge des Bezirksamts 9 verschmolzen worden. Damit seien alle Vereinbarungen, die die früher selbständigen Gemeinden mit den Krankenkassen über die Versicherung ihrer Erwerbslosen geschlossen hätten, von selbst erloschen, und die Erwerbslosenfürsorge des Bezirksamts 9 habe nunmehr, wie es gesetzlich allein zulässig sei, mit einer Krankenkasse, und zwar der Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin-Wilmersdorf, eine Vereinbarung über die Krankenversicherung der von ihr zu unterstützenden Erwerbslosen getroffen. Dies sei nicht allein gesetzlich vorgeschrieben, sondern auch aus Zweckmäßigkeitsgründen einer sparsamen Verwaltung angebracht.

Das Versicherungsamt hat dahin entschieden, daß die in Frage stehenden Erwerbslosen bei der Allg. Ortskrankenkasse Berlin-Wilmersdorf zu versichern sind. — Gründe:

Durch den Zutritt der Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin-Wilmersdorf ist ein Streit zwischen zwei Krankenkassen über die Kassenzugehörigkeit einer größeren Gruppe von Versicherten entstanden. Da es sich nicht um Kassenzugehörigkeit einzelner bestimmt zu bezeichnender Personen, sondern einer nur nach allgemeinen Merkmalen bezeichneten Gruppe von solchen handelt, so war nach § 258 RVO. zu entscheiden (Entsch. des Oberversicherungsamts Stuttgart vom 31. 10. 1914, ArbVers. 1915 S. 202). Die örtliche Zuständigkeit des unterzeichneten Versicherungsamts ergibt sich aus § 1783 Abs. 1 RVO., da beide beteiligten Kassen im Verwaltungsbezirk ihren Sitz haben.

Die Allgemeine Ortskrankenkasse für Berlin-Schmargendorf und Umgegend irrt, wenn sie glaubt, es bestände ein gesetzlicher Versicherungszwang für die in ihrem Bezirke wohnhaften Erwerbslosen. Die Versicherung der Erwerbslosen ist keine Pflichtversicherung im Sinne der Reichsversicherungsordnung, sondern eine freiwillige Weiterversicherung der Erwerbslosen, die also an sich in der bisherigen Lohnstufe derjenigen Krankenkasse, der die Erwerbslosen bis zum Eintritt der Erwerbslosigkeit angehört haben, fortzuführen ist. Der § 12a der Reichsverordnung über Erwerbslosenfürsorge vom 13. November 1918 in der Fassung der Bekanntmachungen vom 26. 1., 6. 5., 11. 8. 1920 legt nur den Gemeinden als Trägern der Erwerbslosenfürsorge die Verpflichtung auf, diese freiwillige Weiterversicherung ihrer Erwerbslosen herbeizuführen, und gibt ihnen das Recht, die entsprechende Meldung bei den Krankenkassen binnen 14 Tagen zu bewirken. Versäumt die Gemeinde diese Meldung und verliert der Erwerbslose den Anspruch auf Krankenhilfe, so hat die Gemeinde ihrerseits dem Erwerbslosen die gleiche oder eine gleichwertige Krankenhilfe zu gewähren.

Digitized by Google

Aus Zweckmäßigkeitsgründen hat der § 12b der Reichsverordnung den Gemeinden gestattet, an Stelle der Weiterversicherung der Erwerbslosen bei den einzelnen verschiedenen Kassen, denen sie früher angehört haben, einheitlich bei einer Krankenkasse, die in dem Bezirk der Gemeinde ihren Sitz hat, und deren Leistungen denen der Allgemeinen Ortskrankenkasse mindestens gleichwertig sind, zu bewirken; Voraussetzung hierfür ist jedoch nach dem ausdrücklichen Wortlaut des § 12b:

1. eine Vereinbarung, das heißt, ein nach den Regeln des bürgerlichen Rechts zustande gekommener Vertrag, durch den die Gemeinde der Krankenkasse die Versicherung ihrer Erwerbslosen überträgt und die Krankenkasse diese Versicherung annimmt;
2. daß die Vereinbarung nur mit einer Krankenkasse abgeschlossen wird, und
3. daß die Krankenversicherung alle von der Gemeinde zu Unterstützenden umfaßt (vgl. Krause, 2. Aufl. S. 133 ff.).

Wenn nun auch nach Inkrafttreten des Gesetzes über die Bildung einer neuen Stadtgemeinde Berlin vom 27. April 1920 seit dem 1. Oktober 1920 sowohl die früheren Gemeinden Schmargendorf und Grunewald und der Amtsbezirk Grunewald-Forst als auch die Stadtgemeinde Berlin-Wilmersdorf nur Teile der neuen Stadtgemeinde Berlin sind, so können doch als Gemeinde im Sinne der §§ 12a und 12b der Reichsverordnung über Erwerbslosenfürsorge nicht die Stadtgemeinde Berlin angesehen werden, sondern die einzelnen Bezirksämter, die nach der für die neue Stadtgemeinde Berlin geschaffenen Organisation der Erwerbslosenfürsorge die Angelegenheiten der Erwerbslosenfürsorge selbständig bearbeiten, zumal die Mittel hierfür in dem Haushaltsplan jedes Bezirksamts besonders ausgeworfen sind. Denn als Gemeinde in diesem Sinne ist nicht so sehr die politische Gemeinde zu verstehen, als vielmehr der Fürsorgeträger der Erwerbslosenfürsorge (Krause a. a. O., Anm. 9 zu § 12a, Anm. 1 zu § 12b).

Am 1. April 1921 ist die Einführung der Mitglieder des Bezirksamts Berlin 9 (Wilmersdorf) erfolgt, so daß mit diesem Zeitpunkte das Bezirksamt 9 in Kraft getreten ist. Von diesem Tage ab hatte also das Bezirksamt 9 als Träger der Erwerbslosenfürsorge auch die Krankenfürsorge der Erwerbslosen zu regeln, und das Bezirksamt hat es in der Weise gemacht, daß es von der Einrichtung des 12b der Reichsverordnung über Erwerbslosenfürsorge Gebrauch gemacht und die Krankenversicherung aller in seinem Bezirke zu unterstützenden Erwerbslosen der Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin-Wilmersdorf übertragen hat. Die Allgemeine Ortskrankenkasse Berlin-Wilmersdorf ist mit dieser Übertragung einverstanden gewesen.

Die Versicherung der in den ehemaligen Gemeinden Schmargendorf, Grunewald und Grunewald-Forst wohnhaften Erwerbslosen bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse für Berlin-Schmargendorf ist deshalb nach dem 1. April 1921 gesetzlich unzulässig.

Die von der Allgemeinen Ortskrankenkasse für Berlin-Schmargendorf und Umgegend für die Versicherung bei ihr geltend gemachte Zweckmäßigkeitserwägung, daß es ein unhaltbarer Zustand sei, wenn die in ihrem Kassenbereich erkrankten Erwerbslosen erst nach Berlin-Wilmersdorf müßten, ist nicht zutreffend, denn der Allgemeinen Ortskrankenkasse Schmargendorf muß es bekannt sein, daß nach § 234 RVO. sich die Kassenzugehörigkeit der Pflichtversicherten nicht nach dem Wohn-, sondern nach dem Beschäftigungsort der Versicherten richtet, so daß es in Berlin eine ganz alltägliche Erscheinung ist, daß ein größerer Teil der Mitglieder einer Krankenkasse nicht an dem Sitz ihrer Kasse, sondern über ganz Berlin und noch weiterhin zerstreut wohnt.

C. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Zur Versicherungspflicht eines russischen Gefangenen.

Entscheidung des Oberversicherungsamts Stettin vom 30. Juli 1921 (B. II c. 7/21).

Der Landesversicherungsanstalt Pommern ist durch ihren Überwachungsbeamten am 12. 4. 1920 angezeigt worden, daß der russische Kriegsgefangene S. Z. seit etwa vier Jahren bei dem Schuhmachermeister G. in Stettin in Arbeit stehe. G. hat die Entrichtung von Beiträgen abgelehnt und angegeben, daß der Russe freiwillig bereits den Dienst bei ihm verlassen habe. Nach Mitteilung des Polizeipräsidiums ist Z. am 25. 7. 1920 nach dem Gefangenenlager Altdamm abgemeldet. Das Gefangenenlager hat angegeben, Z. sei am 23. 6. 1916 zu Schuhmachermeister G. nach Stettin kommandiert, am 26. 7. 1920 im Lager wieder eingetroffen und am 5. 8. 1920 nach Rußland heimgeschafft worden.

Die Landesversicherungsanstalt hat beantragt, zu entscheiden, daß die Beschäftigung des Z. bei G. seit Verkündigung des Aufrufs des Rates der Volksbeauftragten (12. 11. 1918) der Versicherungspflicht unterlag und G. verpflichtet ist, die Rückstände für ihn vom 12. 11. 1918 bis Beendigung der Arbeit (Ende Juli 1920) nachzuliefern. Sie führt aus: Z. habe während seiner gegen Lohn geleisteten Arbeit weder polizeilichen Maßnahmen noch der Lagerkontrolle unterstanden. Er habe freie Wahl der Arbeitsstätte und freie Verfügung über den Verdienst gehabt. Solange die Gefangenen durch Kriegs- bzw. Belagerungszustand an der Rückkehr in die

Digitized by Google

Heimat verhindert und somit in ihrer Freiheit beschränkt gewesen seien, müßten sie zwar als versicherungsfrei gelten. Nach Aufhebung des Belagerungszustandes durch den Aufruf des Rates der Volksbeauftragten vom 12. 11. 1918 müsse zwischen den Gefangenen unter Lagerkontrolle und den freien Lohnarbeitern unter ihnen unterschieden werden; zu den letzteren müsse Z. gerechnet werden, da die Landesversicherungsanstalt mit Rücksicht auf die Schwierigkeit der Feststellung darüber, ob Lagerkontrolle im Einzelfalle bestanden habe, alle Gefangenen für frei und versicherungspflichtig halte, die nicht selbst oder durch ihre Arbeitgeber das Bestehen der Lagerkontrolle nachweisen könnten, und dieser Nachweis im vorliegenden Falle nicht erbracht ist.

Das Versicherungsamt hat entsprechend diesem Antrage entschieden. Auf Beschwerde des Arbeitgebers G. hat jedoch das Oberversicherungsamt diese Entscheidung dahin umgeändert, daß Versicherungspflicht des Z. und demgemäß Beitragspflicht des G. nur für die Zeit vom 1. Juni 1920 bis 24. Juli 1920 bestanden hat. — Gründe:

. . . Zutreffend führt die Landesversicherungsanstalt aus, daß ein Kriegsgefangener während der Dauer seiner Freiheitsbeschränkung nicht als versicherungspflichtige Person im Sinne der RVO. gelten kann. Entscheidend für die Frage der Versicherungspflicht ist es, ob ein Kriegsgefangener noch während der Dauer seiner Beschäftigung in den Besitz seiner Freiheit gelangt ist und welcher Zeitpunkt als der Anfang dieses Zustandes anzusehen ist. Das Versicherungsamt sieht in der Aufhebung des Belagerungszustandes durch den Aufruf des Rats der Volksbeauftragten vom 12. 11. 1918 den Zustand der Freiheitsbeschränkung in Ermangelung des Nachweises einer solchen für beseitigt an. Dagegen ist einzuwenden, daß der Zustand der Kriegsgefangenschaft der russischen Kriegsgefangenen auf einem völkerrechtlichen Verhältnisse beruht und nur durch einen völkerrechtlichen Vertrag wieder beseitigt werden kann. Die mit den russischen Regierungen abgeschlossenen Verträge (Friedensvertrag von Brest-Litowsk, ratifiziert am 29. 3. 1918, und Zusatzvertrag Art. 17) enthalten keine Bestimmung über den Zeitpunkt des Aufhörens der Kriegsgefangenschaft; der Aufruf vom 12. 11. 1918 ist aber nur ein staatsrechtlicher, kein völkerrechtlicher Akt und enthält über völkerrechtliche Beziehungen nichts. Die Aufhebung des Belagerungszustandes berührt die Frage der Kriegsgefangenschaft nicht. In Ermangelung rechtlicher Vorschriften kann der Beginn der Versicherungspflicht nur aus den tatsächlichen Umständen gefolgert werden.

Mit Recht vertritt die Landesversicherungsanstalt die Auffassung, daß der Beginn einer versicherungspflichtigen Beschäftigung dann anzunehmen ist, wenn keinerlei Kontrolle über Ort und Art der Beschäftigung der Gefangenen mehr durch das Lager oder die Polizei geübt wird. Ob dies noch der Fall ist, oder ob das Gefangenenverhältnis tatsächlich einer Freizügigkeit und Gewerbefreiheit wie bei inländischen Arbeitern Platz gemacht hat, ist aber nicht vom Unternehmer oder vom Beschäftigten zu beweisen, denn die Regeln des Zivilprozesses über Beweislast sind für das Verfahren vor den Versicherungsbehörden ebensowenig anwendbar wie für das Verwaltungsstreitverfahren; der Versicherungsträger hat sich vielmehr auch selbst zu bemühen, die nötigen Aufklärungen zu schaffen, und hätte dieserhalb sich mit dem Lager in Verbindung setzen müssen. Das Versicherungsamt hat dies nachgeholt. Nach Auskunft des Lagers ist Z. unter seiner Kontrollnummer 19 458 am 23. 6. 1916 auf Kommando 3674 Schuhmachermeister G. in Stettin kommandiert. Daraus folgt, daß Z. weder aus freier Entschließung das Lager verlassen noch gerade diesen Dienst gewählt hat, vielmehr folgt aus dem Begriff „kommandiert", daß er in der Wahl seines Aufenthaltsortes und seiner Beschäftigung nicht frei gewesen ist und bei Verlassen desselben ohne Genehmigung der Lagerkommandantur sich einer Verfolgung ausgesetzt hätte. Dieses Verhältnis hat erst dadurch eine Veränderung erfahren, daß, wie auch ein Schreiben des Auswärtigen Amtes an den Reichsarbeitsminister vom 17. 9. 1920 ausführt, mit dem Wegfall der Internierungspflicht des Rehmestaats die militärische Kontrolle fortgefallen ist. Dieser Wegfall kann mangels besonderer Abmachungen erst mit dem Zeitpunkt als eingetreten betrachtet werden, wo das über die Heimschaffung der beiderseitigen Kriegsgefangenen mit Rußland am 19. 4. 1920 getroffene Abkommen in Kraft getreten ist, also mit dem 31. 5. 1920. Wann die Bestimmungen dieses Abkommens dem Z. bekannt geworden sind, ist ohne rechtlichen Einfluß auf die Änderung der Natur seines Arbeitsverhältnisses, das vom 31. 5. 1920 ab als ein auf Beurlaubung beruhendes angesehen werden kann. § 1233 RVO. kann keine Anwendung finden, da die Heimreise nach dem Abkommen im Belieben des Z. stand.

Demnach hat eine versicherungspflichtige Beschäftigung des Z. nur vom 1. Juni 1920 bis ausschließlich zum 25. Juli 1920, dem Tage der polizeilichen Abmeldung des Gefangenen, stattgefunden. Die Angabe des G., daß Z. bereits Anfang Juni den Dienst verlassen habe, stimmt mit den übrigen Tatsachen, dem Zeitpunkt der polizeilichen Abmeldung und dem Eintreffen des Gefangenen im Lager, nicht überein und erscheint nicht glaubwürdig, zumal auch die weitere Angabe, Marken für Z. geklebt zu haben, nicht zutrifft. Die Beendigung der versicherungspflichtigen Beschäftigung ist daher mit dem Ablauf des Wochentages vor der am Sonntag, den 25. Juli, stattgehabten polizeilichen Abmeldung, also mit Ablauf des 24. Juli 1920, anzusetzen. . . .

Digitized by Google

D. Zur Angestelltenversicherung.

Grundsätzliche Entscheidungen des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung.

(„Angestelltenversicherung" Nr. 8 S. 164 ff.)

Nr. 473. Musterzeichnergehilfen, die nach den ihnen zur künstlerischen Ausführung aufgegebenen Ideen und Vorlagen Tapetenmuster selbständig entwerfen (sog. Entwerfer), sind versicherungspflichtig gemäß § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte, auch wenn sie unter fortgesetzter Aufsicht des Arbeitgebers arbeiten.

Nr. 474. Zur Erhaltung der Anwartschaft (§ 49 des Versicherungsgesetzes für Angestellte) genügt nicht die Ausübung einer versicherungspflichtigen Beschäftigung; es bedarf vielmehr auch der Entrichtung von Beiträgen.

Nr. 475. Pflichtbeiträge können gemäß § 50 Abs. 1 des Versicherungsgesetzes für Angestellte in Verbindung mit § 1 Nr. 1 der Bekanntmachung vom 28. März 1918 (RGBl. S. 167) auch durch die Hinterbliebenen des Versicherten nachentrichtet werden.

Nr. 476. Der Lokomotivführer einer Hüttenbahn, der im Betriebe der Hütte die Geleise dieser Bahn befährt, in die Staatsbahnhöfe aber nur gelegentlich unter Führung eines streckenkundigen Bediensteten der Staatsbahn einfährt, ist nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte.

Unwirksamkeit eines Verzichts der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte auf Beitragsteile.

Beschluß des **Rentenausschusses Berlin** vom 17. Februar 1921 (B. 4224/20).

Frau M. S. geb. R. war vom 17. Dezember 1917 bis zum 30. Juni 1920 bei der Firma A. T. in B. gegen Entgelt in Stellung. Sie übte dort eine unstreitig an sich versicherungspflichtige Tätigkeit aus. Die Firma A. T. entrichtete für sie Pflichtbeiträge in Klasse „J" an die RfA. bis einschließlich Mai 1920. Für Juni 1920 unterließ es die Firma, einen Beitrag zu entrichten, weil der Jahresarbeitsverdienst der Angestellten seit dem 1. Juni 1920 7000 M. überstieg und der Firma A. T. die Ausdehnung der Versicherungspflicht durch das Gesetz vom 31. Mai 1920 damals noch nicht bekannt war. Nachdem die Firma von den Bestimmungen dieses Gesetzes Kenntnis erlangt hatte, entrichtete sie nachträglich den Arbeitgeberanteil mit 13,30 M. für Juni 1920 für ihre frühere Angestellte M. S. an die RfA. Die RfA. verzichtete durch Schreiben vom 16. Oktober 1920 gegenüber der Firma auf den Anspruch auf Nachzahlung auch des Arbeitnehmeranteils „mit Rücksicht auf die Kürze der zwischen der Veröffentlichung des Gesetzes vom 31. Mai 1920 und dem Ausscheiden der Angestellten S. liegenden Zeit". Mit Schreiben vom 26. Oktober 1920 verlangte die Angestellte von der RfA., daß die Anstalt die für Monat Juni 1920 fehlende Beitragshälfte von der Firma A. T. einforderte; sie machte geltend, daß sie bei der Abhebung ihres Gehalts am 30. Juni den Kassenbeamten der Arbeitgeberin auf die Erhöhung der versicherungspflichtigen Gehaltsgrenze aufmerksam gemacht habe. Darauf widerrief die RfA. ihren Verzicht und forderte von der Firma A. T. die Nachzahlung von 13,30 M. Sie hält die Firma A. T. für verpflichtet, auch die Arbeitnehmerhälfte für Juni 1920 nachzuentrichten. Nach einem Beschluß des Direktoriums vom 28. Juli 1920 solle auf Einziehung der Arbeitnehmerhälften für solche Angestellte, die auf Grund des Gesetzes vom 31. Mai 1920 wieder versicherungspflichtig geworden seien, dann verzichtet werden, wenn sie Ende Juni 1920 bereits beim Arbeitgeber ausgeschieden seien und der Arbeitgeber keine Möglichkeit mehr habe, ihnen die Beitragshälften vom Gehalt zu kürzen. In Ausführung dieses Beschlusses habe sie der Firma A. T. zunächst mitgeteilt, daß sie auf Einsendung der Angestelltenhälfte verzichte. Da jedoch die Angestellte in ihrem Schreiben vom 26. Oktober 1920 auf Einziehung der Beitragshälfte vom Arbeitgeber bestanden und ihr mitgeteilt habe, daß sie selbst den Arbeitgeber beim Abgang auf das inzwischen veröffentlichte Gesetz vom 31. Mai 1920 aufmerksam gemacht habe, so habe sie mit Schreiben vom 9. November 1920 ihren Verzicht zurückgezogen. — Der Rentenausschuß erachtet den Anspruch der RfA. für begründet. — Gründe:

Nach § 176 VGfA. hat der Arbeitgeber, der den Versicherten den Beitragsmonat hindurch beschäftigt, für sich und ihn den Beitrag zu entrichten. Nach §§ 178, 179 des Gesetzes müssen sich die Versicherungspflichtigen die auf sie entfallende Hälfte des Beitrages bei der nächsten Gehaltszahlung abziehen lassen. § 179 Satz 2 VGfA. ergibt, daß der Arbeitgeber auch zu Abzügen bei späteren Gehaltszahlungen berechtigt ist, wenn er ohne sein Verschulden wirksame Beiträge nachträglich entrichtet. Auch insoweit steht aber dem Arbeitgeber lediglich der Weg des Abzuges bei der Gehaltszahlung offen. Ein selbständiger Ersatzanspruch auf Erstattung der Beitragshälfte, der im Rechtswege oder sonst verfolgt werden könnte, läßt sich aus dem Gesetze nicht nachweisen. Ist also vor der Zahlung des Beitrages das Dienstverhältnis zu Ende gegangen, so muß auch der schuldlose Arbeitgeber den nachträglichen Beitrag ganz aus eigenen Mitteln bezahlen. Es ist durchaus zuzugeben, daß dies im Falle einer nachträglichen Feststellung der Versicherungspflicht eine empfindliche Härte für den Arbeitgeber bedeutet. Das Gesetz bietet aber keinen Weg, dieser Schwierigkeit aus dem Wege zu gehen (so die grundsätzliche Entscheidung des ObSchGer. vom 3. Mai 1916 — P. 12/16 — AVR. 1916 S. 210). Durch das Gesetz vom 31. Mai 1920 ist die Vorschrift des § 176 VGfA. nicht abgeändert worden. Hiernach ist die Firma A. T. zur Zahlung der für Juni 1920 fälligen Beitragshälfte gegenüber der RfA. verpflichtet, ohne daß es darauf ankommt, ob durch ihr Verschulden oder

Digitized by Google

ob ohne ihr Verschulden der Abzug der Beitragshälfte bei der letzten Gehaltszahlung unterblieben ist. Der Beschluß des Direktoriums der RfA. vom 28. Juli 1920 ändert an dieser Rechtslage nichts. Dieser Beschluß stellt lediglich eine Verwaltungsmaßnahme dar. Die Spruchbehörden der Angestelltenversicherung sind an diesen Beschluß nicht gebunden, für sie sind lediglich die gesetzlichen Bestimmungen maßgebend. Diese geben aber keine Möglichkeit, den nach dem Gesetz begründeten Anspruch der RfA. auf die fehlende Beitragshälfte niederzuschlagen. Auch der von der RfA. der Arbeitgeberin gegenüber ausgesprochene Verzicht auf Einforderung der Angestelltenbeitragshälfte ist nicht geeignet, die Arbeitgeberin von der Nachzahlungspflicht zu befreien. Zwar konnte die RfA. diesen Verzicht nur unter den Voraussetzungen zurücknehmen, unter denen eine Willenserklärung nach den Vorschriften des bürgerlichen Rechts wegen Irrtums oder Betruges angefochten werden kann. Der Verzicht selbst aber ist mit Rücksicht auf die Vorschrift des § 345 VGfA. als unwirksam zu behandeln. § 345 VGfA. bestimmt: „Den Arbeitgebern und ihren Angestellten sowie der Reichsversicherungsanstalt ist untersagt, die Versicherten in der Übernahme oder Ausübung eines Ehrenamts der Angestelltenversicherung zu beschränken oder sie wegen der Übernahme oder der Art der Ausübung eines solchen Ehrenamts zu benachteiligen. Den Bezeichneten ist ferner untersagt, durch Übereinkunft oder Arbeitsordnung zum Nachteil der Versicherten die Anwendung der Vorschriften dieses Gesetzes ganz oder teilweise auszuschließen. Vertragsbestimmungen, die dem zuwiderlaufen, sind nichtig."

Es kann dahingestellt bleiben, ob der von der RfA. ausgesprochene und von der Arbeitgeberin angenommene Verzicht eine Übereinkunft im Sinne dieser Vorschrift darstellt. In jedem Falle ist aus § 345 VGfA. als Wille des Gesetzgebers zu folgern, daß die Vorschriften der §§ 176 bis 179 VGfA. strikt zur Anwendung kommen sollen und Vereinbarungen irgendwelcher Art zum Nachteil des Angestellten unzulässig sind. Selbst wenn man daher im vorliegenden Falle das Vorhandensein einer Übereinkunft zwischen dem Arbeitgeber und der RfA. verneint, ist doch die Vorschrift des § 345 VGfA. zum mindesten im Wege der Analogie auch auf eine von der RfA. einseitig ausgesprochene und von der Arbeitgeberin angenommene Verzichtserklärung anzuwenden. Der Verzicht ist hiernach unwirksam und führt daher keine Befreiung der Firma A. T. von der Nachzahlungspflicht herbei.

Sprechsaal.

Zur Frage der Übertragung der Beitragskontrolle auf die Krankenkassen.

Den Ausführungen des Herrn Penzing in Heft 20 S. 397/98 kann nach den wohl bei allen Krankenkassen gemachten Erfahrungen nicht zugestimmt werden. Wenn durch die Übertragung der Beitragskontrolle und der Beitragseinziehung an die Kassen vielleicht auch nicht ein Idealzustand erreicht werden würde, so steht wohl aber bestimmt zu erwarten, daß bei wesentlich niedrigeren Kosten ein ganz erheblich besserer Zustand geschaffen werden könnte und würde. Es liegt doch auf der Hand, daß die Kosten billiger werden müssen, wenn die Kontrolle nur von einer Stelle ausgeübt wird. Herr Penzing befindet sich wohl auch im Irrtum, wenn er annimmt, daß die Krankenkassen bisher gar keine Organisation in dieser Beziehung besitzen. Bei den meisten Kassen sind wohl bereits hauptamtlich angestellte Krankenüberwacher tätig, die zum größten Teil wohl die Kontrolle mit übernehmen könnten. Die Beitragsüberwachung darf heute von ihnen nur nicht ausgeübt werden, weil den Krankenkassen das Recht dazu nicht zusteht. Es kann daher wohl auch mit Recht angenommen werden, daß es seinerzeit tatsächlich nur anscheinend übersehen worden ist (wie es auch in dem Aufsatz von Herrn Dr. Tennhaeff in Nr. 11 S. 205 heißt), durch die Reichsversicherungsordnung auch die Beitragsüberwachung bei der Krankenversicherung zu regeln. Bei einer Anzahl von Krankenkassen geschieht ja auch heute schon eine Kontrolle, soweit von den Arbeitgebern dagegen nicht Widerspruch erhoben und sein Einverständnis vorausgesetzt und angenommen wird, und zwar mit gutem Erfolge. Eine so „vollständige Umwälzung" würde also die Neuerung nicht sein. Es würde von den Arbeitgebern nur zu begrüßen sein, wenn die Kontrolle nicht immer wieder von mehreren Stellen, sondern nur von einer Stelle aus erfolgen würde.

Es wird schon zutreffen, daß auch das Einzugsverfahren, wie es z. B. in der Rheinprovinz ausgeführt wird, seine Fehler hat. Die Kontrollbeamten der Landesversicherungsanstalten müssen sich in der Regel erst wieder der bei den Krankenkassen geführten Listen bedienen, um eine möglichst genaue Kontrolle ausüben zu können. Denn bei dem jetzt so häufigen Wechsel der Personen ist ja nach einer längeren Zeit aus der Quittungskarte gar nicht mehr festzustellen, ob und bei welchen Arbeitgebern eine versicherte Person beschäftigt gewesen ist, zumal, wenn ein Kontrollbeamter, wie in der Provinz Brandenburg, meistens 3 bis 4 Kreise zu bereisen hat und daher vielleicht in jedem Kreise nur ein- oder zweimal jährlich die Kontrolle ausüben kann. Das ganze Einzugsverfahren wäre einfacher und billiger, wenn die Einziehung sämtlicher Beiträge durch den bereits heute schon vorhandenen örtlichen Unterbau, d. i. durch die Krankenkassen, erfolgen würde. Sicher würde es für die Beteiligten noch besser sein, wenn überhaupt die Kranken-, Invaliden- und Angestelltenversicherung unter eine, für jeden Kreis zu errichtende gemeinsame Verwaltungsstelle käme. Wenn das zur Zeit noch nicht zu erwarten steht, so steht doch

Digitized by Google

nichts entgegen, in einzelnen Beziehungen, wie z. B. bei der Beitragskontrolle und der Beitragseinziehung, den Anfang zu machen. Selbstverständlich müßte die Kostenfrage für die beteiligten Versicherungsträger entsprechend geregelt werden. Der von Herrn Penzing gemachte Vorschlag, der Angestelltenversicherung auch ein Drittel zur Last zu legen, dürfte wohl nur in größeren Stadtbezirken, nicht aber für die Landkreise zutreffend sein, da hier die Zahl der Angestellten im Verhältnis zu den der Kranken- und Invalidenversicherung unterliegenden Personen nur sehr gering ist.

Aus welchen Gründen Herr Penzing bezweifelt, daß überhaupt die Krankenkassen imstande sind, eine derartige Kontrolle auszuüben, ist von ihm leider nicht angegeben worden. Es wäre interessant, diese Gründe kennen zu lernen und auch zu hören, welche Kassen er zu den großen, welche zu den mittleren und welche zu den kleinen rechnet. Bekanntlich sind in wohl fast allen Landkreisen die kleinen besonderen Ortskrankenkassen mit wenigen Ausnahmen aufgelöst, und es sind seit dem 1. Januar 1914 an Stelle dieser kleinen Kassen für jeden Kreis in der Regel je eine Land- und eine Ortskrankenkasse getreten. Diese Kassen haben aber eine geordnete und geregelte Verwaltung und sind ohne weiteres auch in der Lage, jene Kontrolle zu übernehmen und auszuüben. Es ist ein Irrtum, daß dazu nur einige wirklich große Kassen in der Lage sein sollen. Die Kontrolle könnte also in allen Land- und Stadtkreisen, und zwar für alle vorerwähnten Kassen gleichmäßig ein- und durchgeführt werden. In den Stadtkreisen bestehen allerdings neben den Ortskrankenkassen zum Teil noch besondere Krankenkassen für die verschiedenen Berufszweige, sie werden vielleicht bei der großen Reform der Reichsversicherungsordnung verschwinden. Aber abgesehen hiervon, erscheinen sie gerade infolge ihres kleineren Bezirks und der dadurch bedingten genaueren Kenntnis der Verhältnisse sehr wohl geeignet, die Kontrolle und Beitragseinziehung ohne Schwierigkeiten zu übernehmen und durchzuführen. Wenn die Kontrolle dann durch die Krankenkassen ausgeübt werden würde, so wäre es auch nicht nötig, sich erst die notwendigen Unterlagen durch Einsichtnahme der Mitgliederverzeichnisse und Beitragshebelisten bei anderen Stellen zu beschaffen, da die Kassen sich ja schon im Besitz dieser Unterlagen befinden. Sie erstreben also durch diese Übertragung lediglich eine Vereinheitlichung aus Zweckmäßigkeitsgründen und im Interesse der Kostenersparnis.

Die jetzt von den Kontrollbeamten der Versicherungsanstalten den Kassen gemachten Mitteilungen über Unregelmäßigkeiten — Nichtanmeldung oder verspätete Anmeldung von Versicherten — sind so selten (bei der hiesigen Land- und Allgemeinen Ortskrankenkasse sind seit dem Jahre 1914 bis jetzt wohl 4 oder 5 derartige Anzeigen bewirkt worden), daß sie gegenüber der großen Zahl der tatsächlich nicht erfolgten und verspäteten Anmeldungen gar nicht ins Gewicht fallen. Es mag sein, daß hin und wieder durch eine teilweise Mitkontrolle auch einmal rückständige Beiträge eingezogen werden können. Jedenfalls lehrt aber die tägliche Erfahrung, daß die jetzige Kontrolle nicht ausreichend ist und daß den Krankenkassen die Beitragskontrolle bei Änderung der Reichsversicherungsordnung unbedingt übertragen werden muß, ebenso wie z. B. den Berufsgenossenschaften das Recht der Überwachung der Betriebe und den Landesversicherungsanstalten das Recht der Beitragsüberwachung eingeräumt worden ist. Würde infolgedessen die Kontrolle bei denselben Arbeitgebern von mehreren Stellen ausgeübt werden, so wäre das das Gegenteil von Sparsamkeit und Vereinfachung.

Es ist den Ausführungen der Allgemeinen Ortskrankenkasse Schleiden beizutreten, daß durch die Krankenkassen, bei denen nicht nur eine große Anzahl von Versicherten, sondern auch fast alle einzelnen Arbeitgeber bekannt sind, insofern auch eine billigere und gründlichere Kontrolle ausgeübt werden könnte, als einmal die regelmäßig zu revidierenden Bezirke erheblich kleiner und diejenigen Arbeitgeber, die die Meldungen etwas nachlässig behandeln, persönlich genau bekannt sind. Was nun die Auskunftserteilung durch den Revisionsbeamten sowie die Vor- und Ausbildung anbelangt, so ist es auch nach den hier gemachten Erfahrungen zweifellos besser, wenn von den Revisionsbeamten in der Regel nur diejenigen Auskünfte gegeben werden, die sich speziell auf seine Tätigkeit erstrecken und damit im Zusammenhang stehen. Denn auf dem umfangreichen Gebiet der hier in Frage kommenden drei Versicherungszweige könnte es bei der Verschiedenartigkeit doch sehr leicht vorkommen, daß nicht zutreffende und einwandfreie Auskünfte erteilt werden. Selbstverständlich muß die Vor- und Ausbildung des Kontrollbeamten, der bei den Krankenkassen auch gleichzeitig Krankenbesucher sein kann, eine derartige sein, daß er in der Lage ist, seine Tätigkeit so auszuüben und seine Aufgaben so zu erfüllen, wie dies im Interesse aller Beteiligten, und zwar sowohl der Versicherten und der Arbeitgeber, als auch der Versicherungsträger notwendig ist. Daß solche Beamte nun von den Krankenkassen nicht billiger als von den Landesversicherungsanstalten bestellt werden könnten, muß nach Lage der Verhältnisse doch bezweifelt werden. Denn es ist hierbei auch noch von wesentlicher Bedeutung, daß den von der Krankenkasse bestellten Kontrollbeamten die notwendigen Hilfsmittel, die Mitgliederverzeichnisse usw. bei seiner Kasse jederzeit zur Verfügung stehen, und daß er vielleicht auch durch die dauernde Fühlungnahme mit seiner Kasse über alle möglichen sich ergebenden Streitfragen, ohne daß es dazu besonderer schriftlicher Anfragen bedarf, aufgeklärt und instruiert werden könnte. Vielleicht bleibt ihm dann dadurch doch auch noch mehr Zeit übrig, als bei dem jetzigen System, wo eine Reihe von Stunden täglich durch schriftliche Mitteilungen des Kontrollbeamten für die eigentlichen Zwecke seiner Tätigkeit — der Ausübung der Kontrolle — verloren gehen.

Den Krankenkassen sind in letzter Zeit eine ganze Reihe von Arbeiten, die auch erhebliche Arbeit erfordern, zugewiesen worden. Es darf hierbei nur an die Wochenhilfesachen und die Übertragung der Heilbehandlung aller Kriegsbeschädigten erinnert werden, so daß sie an und für sich wohl kaum sich dazu drängen würden, immer weitere Arbeiten und Aufgaben zu übernehmen. Hier handelt es sich aber lediglich um das Interesse der Sache, und schon lediglich im Interesse der Zweckmäßigkeit, der Vereinfachung und der Kostenersparnis müssen die Kassen die Übertragung der gemeinsamen Beitragskontrolle an sie betreiben.

Aus dem Schlußsatz des Herrn Penzing ist zu entnehmen, daß er auch eine Reform im Kontrolldienste für die drei Versicherungszweige für erforderlich hält. Diese Reform und der Aufbau kann aber aus den vorstehend angeführten Gründen nicht in dem vorgeschlagenen Sinne erfolgen, sondern es müßten für jeden Kreis besondere Kontrollbeamte bestellt werden, die naturgemäß nur

Digitized by Google

den Krankenkassen, die durch ihre Tätigkeit auch heute schon mit allen Beteiligten dauernd in enger und persönlicher Fühlungnahme stehen, anzugliedern bzw. von diesen anzustellen wären. Es handelt sich hierbei auch nicht, wie Herr Penzing irrtümlich annimmt, um neue nur für einige Fälle ausführbare Organisationen, sondern es sollen gegebenenfalls an Stelle der jetzt vorhandenen Stellen, die sich, sei es wegen der zu großen Bezirke oder aus anderen Gründen, doch wohl im allgemeinen nicht besonders bewährt haben, neue treten bzw. vermehrt werden. Es wäre dann Sache der dazu berufenen Stellen, darüber Entscheidung zu treffen, ob und inwieweit die heute vorhandenen Kontrollbeamten der Versicherungsanstalten für diese Zwecke nutzbar gemacht werden und Verwendung finden könnten.

Verwaltungsdirektor P. Wittke in Zielenzig.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Arbeitsgemeinschaft sozialhygienischer Reichsfachverbände.

Die Deutsche Vereinigung für Säuglingsschutz, das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose, die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, die Deutsche Vereinigung für Krüppelfürsorge und der Deutsche Verein gegen den Alkoholismus haben sich zu einer Arbeitsgemeinschaft zusammengeschlossen (Geschäftsstelle: Charlottenburg, Frankstraße). Der Zweck ist, ein engeres Zusammenarbeiten der vereinigten Verbände herbeizuführen, sich gegenseitig zu fördern, zu ergänzen und zu unterstützen und zu Gesetzgebungs- und Verwaltungsmaßnahmen gemeinsam Stellung zu nehmen.

Möglichkeiten der Inanspruchnahme des Deutschen Krieger-Kurhauses Davos-Dorf.

Hierüber gibt der Vorsitzende des Reichsausschusses der Kriegsbeschädigten- und Kriegshinterbliebenenfürsorge folgendes bekannt:

Eine Reihe dem Reichsausschuß der Kriegsbeschädigten- und Kriegshinterbliebenenfürsorge und der Abteilung Bäder- und Anstaltsfürsorge des Zentralkomitees vom Roten Kreuz zugehender Anfragen beweist, daß über die Inanspruchnahme des Deutschen Krieger-Kurhauses vielfach noch Unklarheiten bestehen. Zur Behebung dieser Zweifel wird darauf hingewiesen, daß die Einweisung der Kriegsbeschädigten in das Deutsche Krieger-Kurhaus Davos-Dorf in erster Linie nach Maßgabe des Reichsversorgungsgesetzes durch Vermittlung der Versorgungsbehörden gemäß den vom Reichsarbeitsministerium hierüber erlassenen Bestimmungen (vgl. auch RVBl. Nr. 686 und Erlaß des Reichsarbeitsministeriums V. B. Nr. 1514 3. 21 vom 7. 4. 21) erfolgt. Bei dem Reichsausschuß bzw. der Abteilung Bäder- und Anstaltsfürsorge des Zentralkomitees vom Roten Kreuz unmittelbar eingehende Anträge von Kriegsbeschädigten müssen deshalb in der Regel den Einsendern mit dem Anheimgeben der weiteren Verfolgung der Angelegenheit durch das zuständige Versorgungsamt zurückgegeben werden.

Soweit die Hauptfürsorgestellen den Wunsch haben, Kriegsbeschädigte auf ihre Kosten in das Deutsche Krieger-Kurhaus einzuweisen, erfolgen diese Einweisungen auf Grund der darüber mit der Abteilung Bäder- und Anstaltsfürsorge des Zentralkomitees vom Roten Kreuz getroffenen Vereinbarungen. Auf Nr. 456 des RVBl. wird dabei mit dem Bemerken hingewiesen, daß die besonderen Aufwendungen — Kosten für Fremdenpolizei, Desinfektion, Kurgebrauch, Taschengeld, Reisekosten usw. — seit dem 1. Mai d. J. zum Tageskurs in Anrechnung gebracht werden.

Außerdem können nach den jeweils im Einzelfall von ihnen mit der Abteilung Bäder- und Anstaltsfürsorge des Zentralkomitees vom Roten Kreuz zu treffenden Vereinbarungen Selbstzahler in das Deutsche Krieger-Kurhaus aufgenommen werden, sofern die Krankheitsursache in der Teilnahme am Feldzug begründet liegt.

Zur Auslegung des Reichsversorgungsgesetzes

entnehmen wir dem Reichsversorgungsblatt (1921 S. 436):

Solange den Dienstbeschädigten auf Grund des RVG. Heilbehandlung gewährt wird (Nr. 1 der Leitsätze), umfaßt diese auch die ärztliche Verordnung diätetischer Nähr- und Kräftigungsmittel. In welchem Umfange solche Mittel verordnet werden können, richtet sich nach den für die Mitglieder der jeweiligen Kasse geltenden Grundsätzen (Nr. 12 — 1 letzter Absatz — der Leitsätze und Teil I Nr. 7 D IV c des Ärztl. Reichstarifs). Nur wenn über diesen Rahmen hinaus nach ärztlichem Urteil Nähr- und Kräftigungsmittel verabreicht werden müssen, ist die Genehmigung des Hauptversorgungsamtes (Leit. Arzt) notwendig, das nach pflichtmäßigem Ermessen entscheidet.

Wie schon aus Nr. 26 Abs. 1 und 2 der „Leitsätze für die Versorgungs-Heilbehandlung" hervorgeht, kommt für die Berechnung des Versorgungs-Krankengeldes für Zugeteilte das tatsächliche Jahreseinkommen des Beschädigten in Betracht, wie es sich ohne Versorgungsgebührnisse und ohne das Arbeitseinkommen der Ehefrau sowie nach Berücksichtigung der Abzüge gemäß § 13 des Einkommensteuergesetzes ergibt. Andere Beträge, insbesondere die Ermäßigungen auf Grund des § 26 Abs. 1—5 des Einkommensteuergesetzes (neue Fassung), werden nicht in Abzug gebracht. — Das hiernach zu berücksichtigende Jahreseinkommen deckt sich also mit dem Betrage, der unter Abschnitt II des Rentenbescheides als „Steuerbares Einkommen" angegeben ist.

Angestellten- und Invalidenversicherung. — Kriegsdienstanrechnung in der Angestelltenversicherung.

I. Es herrscht, nach einer Mitteilung des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt, in weiten Kreisen Unklarheit darüber, bis zu welcher Gehaltsgrenze Angestellte außer zur Angestelltenversicherung auch zur Invalidenversicherung Beiträge zu zahlen haben. Dazu sei bemerkt, daß Angestellte auch nach der neuesten Gesetzgebung nur dann gleichzeitig invalidenversicherungspflichtig sind, wenn ihr Jahresarbeitsverdienst 2000 M. nicht übersteigt. Es empfiehlt sich jedoch,

Digitized by Google

die aus den Beiträgen zur Invalidenversicherung erworbene Anwartschaft durch Zahlung freiwilliger Beiträge aufrechtzuerhalten. Die Bestimmung, daß bei einer gewissen Gesamthöhe der Bezüge das Ruhegeld der Angestelltenversicherung neben Renten aus der Invalidenversicherung ruht, wird voraussichtlich demnächst beseitigt werden.

Das Abänderungsgesetz zur Angestelltenversicherung vom 23. Juli 1921 bringt den Empfängern von Ruhegeld, Witwen- und Waisenrenten mit Wirkung vom 1. Januar 1921 Beihilfen in Höhe von monatlich 70 M., 55 M. und 30 M., soweit ihnen nicht eine Beihilfe aus der Invalidenversicherung nach dem Gesetz vom 26. Dezember 1920 (Fassung vom 11. April 1921) zusteht. Die Beihilfen werden von Amts wegen, ohne Antrag, gezahlt. Vom 1. August 1921 an beläuft sich ferner die Versicherungsgrenze auf 30 000 M. Für Versicherte mit mehr als 5000 M. Jahresverdienst sind 3 neue Beitragsklassen gebildet worden: Klasse K bis 10 000 M. mit einem monatlichen Beitrag von 33,20 M., L bis 15 000 M. mit 40 M., M bis 30 000 M. mit 48 M. Eine Befreiung von der eigenen Beitragsleistung auf Grund einer Lebensversicherung sieht das Gesetz nicht vor, dagegen einige Übergangsbestimmungen, z. B. Abkürzung der Wartezeit, Herabsetzung der Wartezeit bei den Hinterbliebenenrenten, Befreiung von der Versicherungspflicht bei vollendetem 55. Lebensjahre und Beitragserstattung beim Tode des Versicherten.

II. Die Anrechnung der Kriegsdienstzeit wird in der Angestelltenversicherung, soweit es noch nicht geschehen ist, beschleunigt durchgeführt. Der Angestellte sendet nicht die Militärpapiere an die Reichsversicherungsanstalt ein, sondern läßt sich auf dem ihm übersandten Kontoauszug-Antragsvordruck die anrechnungsfähige Zeit unter Vorlage der Papiere von einer öffentlichen Behörde seines Wohnsitzes bescheinigen. Der Angestellte wendet sich zu diesem Zweck am besten an die zuständige Ausgabestelle der Angestelltenversicherung oder Polizeibehörde. Nicht in Anspruch zu nehmen sind für diese Bescheinigungen die Versorgungsämter. Ist ein Angestellter überhaupt noch nicht im Besitz eines Ausweises über die Dauer seines Heeresdienstes, so kann er ihn nach Auflösung der Abwicklungsstellen erforderlichenfalls nur noch von der zuständigen Reichsarchiv-Zweigstelle, bei welcher die Stammrollen aufbewahrt sind, erhalten. Eine Inanspruchnahme der Versorgungsämter für diese Fälle ist zwecklos.

Für die Kriegsdienstzeiten hat die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte bisher etwa 127 000 Versicherten rund 52 Millionen Mark gutgeschrieben, ohne daß Beiträge entrichtet zu werden brauchten. Auf einen Angestellten entfallen durchschnittlich etwa 409 M. Es ist anzunehmen, daß viele die Anrechnung noch nicht beantragt haben. Den Vordruck dafür enthalten die an die Arbeitgeber versandten Vordrucke für die Anträge auf Übersendung eines Kontoauszuges.

Beantwortung von Anfragen.

Rechtsauskünfte aus unserem Arbeitsgebiet erteilen wir den Beziehern unserer Zeitschrift bereitwillig, ohne indessen eine Verpflichtung oder eine zivilrechtliche Haftung zu übernehmen. Für schriftliche Auskunft wird Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten, und zwar auch dann, wenn nur Bescheid durch die Zeitschrift erbeten, die Sache aber zur Veröffentlichung an dieser Stelle nach unserem Ermessen nicht geeignet ist.

Wird der neue Kassenvorstand durch den bisherigen oder durch den neugewählten Ausschuß gewählt?

1. **Nach O.** Antwort: Die Wahl des Vorstandes ist eine dem Ausschuß obliegende Amtshandlung (§ 335 RVO.). Sie ist also Sache des neugewählten Ausschusses nur dann, wenn dieser sein Amt bereits angetreten hat (§ 16 RVO.). Solange das nicht der Fall ist, liegt die Wahl dem bisherigen Ausschuß ob.

Pflicht der Krankenkasse, ein durch Unfall zerstörtes Zahnersatzmittel zu ersetzen.

2. **Nach Johannistal.** Antwort: Die Berufsgenossenschaft lehnt mit Recht ab, dem Versicherten Ersatz der durch einen Betriebsunfall unbrauchbar gewordenen künstlichen Zähne zu gewähren. Denn sie hat nach § 555 RVO. nur Ersatz des Schadens zu leisten, der durch Körperverletzung oder Tötung des Versicherten entsteht; die Beschädigung künstlicher Zähne ist aber keine Körperverletzung (zu vgl. Entsch. des RVA. 2666 Amtl. Nachr. 1913 S. 793, ArbVers. 1914 S. 213). Eine Leistungspflicht des Arbeitgebers läßt sich schlechthin nicht begründen. Dagegen kann sehr wohl, je nach den Umständen des Falles, der Krankenkasse die Pflicht obliegen, den Zahnersatz zu gewähren, wenn nämlich ohne diesen der Versicherte sich in einem als Krankheit anzusprechenden regelwidrigen Körperzustande befindet oder vielleicht gar arbeitsunfähig ist (zu vgl. über das Schadhaftwerden eines Bruchbandes: Entsch. des RVA. 2605 Amtl. Nachr. 1920 S. 433, ArbVers. 1921 Heft 5 S. 89).

Beförderung kranker Versicherter in der 4. Wagenklasse?

3. **Nach B.** Frage: Kann unsere Krankenkasse, nachdem die Reichseisenbahnen die Fahrpreisermäßigung aufgehoben haben, solchen Leichtkranken, die bei Aufnahme in Heilstätten oder zu Kurgebrauch die Eisenbahn benutzen müssen, aufgeben, bei ihrer Reise die 4. Wagenklasse zu benutzen, um auf diese Weise ein Ersparnis unserer Kasse zu erreichen?

Antwort: Im allgemeinen wird man anzuerkennen haben, daß die Kranken berechtigt sind, Beförderung in der 3. Wagenklasse zu beanspruchen, da gegen die Benutzung der 4. Klasse ernste Bedenken sprechen, wie in der Entscheidung ArbVers. 1919 S. 426 und unserer Mitteilung 1920 Heft 25 S. 497 näher ausgeführt worden ist. Im Einzelfall aber kann es nicht als unstatthaft gelten, den Kranken die Benutzung der vierten Klasse zuzumuten, wenn

Digitized by Google

nach den besonderen örtlichen Verhältnissen mit einer bedenklichen Überfüllung der Wagen vierter Klasse nicht zu rechnen und nach dem Zustande der Kranken eine Schädigung nicht zu befürchten ist.

Bei Betriebskrankenkassen gegen Entgelt beschäftigte Personen können dem Vorstand angehören.

4. **Nach Frankfurt a. M.** Antwort: § 21 Abs. 4 RVO. bestimmt nur, daß die ehrenamtlichen Mitglieder des Vorstandes nicht zugleich besoldete Beamte der Versicherungsträger sein dürfen. Das bedeutet, daß nur Angestellte, welche von der Kasse besoldet werden, nicht zugleich Vorstandsmitglieder sein dürfen. Die bei einer Betriebskrankenkasse beschäftigten Personen beziehen aber ihre Besoldung nicht von der Kasse, sondern gemäß § 362 Abs. 1 vom Arbeitgeber und werden daher von § 21 Abs. 4 nicht erfaßt. Zu vgl. Entsch. des RVA. 2164, ArbVers. 1916 S. 347, 348 (Gründe).

Versicherungsinspektor als Handlungsgehilfe oder als selbständiger Agent?

5. **Nach Arnswalde.** Antwort: Wir verweisen auf die Entscheidungen des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung im Jahrg. 1918 S. 106 und 711. Wenn es richtig ist, daß der „Versicherungsinspektor" in keinem Gehaltsverhältnisse zu der Versicherungsgesellschaft steht, sondern nur Provisionen für die von ihm abgeschlossenen Versicherungen bezieht, so würde der Umstand, daß ihm ein Mindesteinkommen von 400 ℳ für den Monat gewährleistet ist, für sich allein nicht hinreichen, ihn als Angestellten, insbesondere als Handlungsgehilfe der Gesellschaft, und folglich als versicherungspflichtig anzusehen. Denn ein festes Einkommen von 4800 ℳ im Jahre ist unter den gegenwärtigen Verhältnissen nicht erheblich genug, um als die wesentliche Grundlage der Beziehung zwischen der Gesellschaft und dem Inspektor betrachtet zu werden und diesen auf die Stellung eines abhängigen Handlungsgehilfen herabzudrücken; die wesentliche Grundlage wird vielmehr in dem höheren Einkommen aus den Provisionen zu erblicken sein, die der Inspektor durch Abschluß von Versicherungen erwirbt; und wenn er diese Tätigkeit in der Hauptsache nach eigenem freien Ermessen ausübt, indem er insbesondere unabhängig von den Weisungen der Gesellschaft die zu Versichernden aufsucht, mit ihnen verhandelt und abschließt, so ist er als selbständiger Versicherungsagent anzusehen und daher nicht krankenversicherungspflichtig (zu vgl. besonders die Entsch. Jahrg. 1918 S. 106).

Anspruch auf Krankenhilfe bei Erkrankung infolge von Hautablösung zur Überpflanzung auf einen anderen?

6. **Nach Braunschweig.** Frage: Das Kind unseres Kassenmitgliedes, der Witwe St., ist von einem Auto überfahren. Die großen Hautabschürfungen machten ein Überpflanzen von fremder Haut notwendig. Die Mutter hat sich im Interesse ihres Kindes die erforderliche Haut in der Klinik ablösen lassen und ist infolgedessen arbeitsunfähig. Muß die Kasse ärztliche Behandlung gewähren und Krankengeld zahlen, und zwar das volle Krankengeld, obwohl die Satzung auf Grund des § 192 RVO. bestimmt, daß ein Mitglied, das sich die Krankheit vorsätzlich zugezogen hat, nur das halbe Krankengeld erhält? Kann die Kasse auf Grund des § 1542 RVO. von dem Autobesitzer Ersatz beanspruchen?

Antwort: Ärztliche Behandlung und mindestens das halbe Krankengeld sind jedenfalls zu gewähren, weil der Anspruch auf diese Leistungen grundsätzlich ohne Rücksicht auf die Ursache der Krankheit besteht. Nur hinsichtlich der anderen Hälfte des Krankengeldes kann die Versagung auf Grund der dem § 192 Ziff. 2 RVO. entsprechenden Satzungsbestimmung in Frage kommen. Wir halten aber auch insoweit eine Versagung nicht für gerechtfertigt, weil die Versicherte zwar in ihre körperliche Verletzung gewilligt, aber doch nicht ihre Erkrankung gewollt, sich diese also nicht vorsätzlich zugezogen hat. Wir verweisen hinsichtlich des ganz ähnlichen Falles einer Blutentziehung auf ArbVers. 1918 S. 618. — Hinsichtlich der Haftung des Kraftwagenbesitzers verweisen wir auf Jahrg. 1921 S. 419 Ziff. 6.

Verletzung von Versicherten durch den Hund des Arbeitgebers.

7. **Nach Gunzenhausen.** Antwort: Da der Hund zur Bewachung des Betriebes gehalten wird, würde eine Ersatzpflicht des Besitzers (als Tierhalter) für die von dem Hunde verursachten Körperverletzungen nur begründet sein, wenn der Besitzer bei der Beaufsichtigung des Tieres die erforderliche Sorgfalt nicht beobachtet hätte (§ 833 Abs. 2 BGB. in der Fassung des Ges. vom 30. 5. 08, ArbVers. 1908 S. 399). Nur unter dieser Voraussetzung könnte daher auch die Kasse einen Ersatzanspruch gegen den Besitzer auf Ersatz ihrer Aufwendungen für die beiden Verletzten nach § 1542 RVO. erheben. In den beiden vorliegenden Fällen ist ein solcher Anspruch aber schon deshalb ausgeschlossen, weil die Verletzten im Betriebe des Besitzers beschäftigt und auf Grund dieser Beschäftigung gegen Unfall versichert waren. In solchen Fällen haftet der Unternehmer nur, wenn strafgerichtlich festgestellt ist, daß er den Unfall schuldhaft herbeigeführt hat (§§ 898, 903 RVO.).

a) **Kein Zwang zur Abtretung eines Anspruchs des Versicherten nach § 119 Ziff. 2 RVO.**
b) **Unterbringung eines Blinden zur Erlernung eines Handwerks als Heilverfahren nach § 1305 RVO.**

8. **Nach Hamborn.** Antwort: a) Nach den §§ 1531 ff. RVO. hat der Armenverband in den dort bezeichneten Grenzen einen Ersatzanspruch gegen den Versicherungsträger, unabhängig von einer Zustimmung des Versicherten oder von der Abtretung seines Anspruchs. Wenn nach § 119 Ziff. 3 die Abtretung der Ansprüche des Berechtigten in Höhe der gesetzlichen Ersatzansprüche für zulässig erklärt ist, so ist dabei an solche Fälle gedacht, in denen es für den Armenverband erwünscht sein kann, sich rechtzeitig den Ersatzanspruch noch besonders zu sichern. Eine Pflicht des Versicherten, eine solche Abtretungserklärung abzugeben, besteht nicht, und noch weniger läßt sich die Befugnis des Versicherungsamts, eine solche Erklärung an Stelle des Versicherten abzugeben, irgendwie begründen. Streit über den Ersatzanspruch ist nach § 1540 RVO. im Spruchverfahren zu entscheiden; für die örtliche Zuständigkeit gelten die §§ 1772 ff.

b) Aus den Leistungen der Krankenkasse oder der Unfallversicherung kann nach §§ 1532, 1534 RVO. der Armenverband Ersatz nur

Digitized by Google

verlangen, wenn er die Unterstützung „wegen der Krankheit“ oder „infolge des Unfalls“ gewährt hat. Abweichend hiervon sagt § 1536 lediglich: „Für den Ersatz aus Leistungen der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung können nur die Renten beansprucht werden.“ Hier wird also nicht vorausgesetzt, daß der Armenverband die Unterstützung wegen Krankheit oder Unfalls gewährt. Immerhin wird zu fordern sein, daß er, um Ersatz aus der Rente beanspruchen zu können, eine Unterstützung von solcher Art gewährte, wie sie auch auf Grund der Invalidenversicherung gewährt werden könnte. Diese Voraussetzung halten wir aber für erfüllt, wenn der Armenverband den blinden Invalidenrentner behufs Erlernung eines Handwerks in eine Blindenanstalt untergebracht hat. Solche Berufsumlernung ist als ein Heilverfahren im Sinne des § 1305 RVO. anzusehen (zu vgl. den Beschluß der RVAnst. f. Angestellte in „Angestelltenversicherung“ 1915 Nr. 9 S. 170 ff.). Streit über den Ersatzanspruch ist auch in diesem Falle nach § 1540 zu entscheiden.

Ansprüche der in ein Wöchnerinnenheim aufgenommenen Wöchnerin.

9. **Nach Elberfeld.** Antwort: Ihre Anfrage läßt nicht erkennen, ob die Wöchnerin vor ihrer Niederkunft mit oder ohne Einverständnis der Kasse sich in das Wöchnerinnenheim begeben hat. Da die Kasse Sachleistungen nach § 195c RVO. nicht gewährt, so hat die Versicherte, falls sie ohne Einverständnis der Kasse sich in das Heim aufnehmen ließ, nur Anspruch auf die im § 195a bezeichneten Geldleistungen. War aber die Kasse einverstanden, so tritt die Kur und Verpflegung in dem Heim nach § 196 Ziff. 1 RVO. nur an Stelle des Wochengeldes, während die übrigen Geldleistungen wie sonst zu gewähren sind. Zur „Kur“ im Wochenheim gehören selbstverständlich ärztliche Behandlung, Arzneien und andere Heilmittel, insbesondere auch Verbandzeug; dafür muß also die Kasse in jedem Falle aufkommen. Ebenso muß die Kasse die Kosten der Verpflegung des mit in das Heim aufgenommenen Säuglings tragen, da das Wochengeld, welches die Mutter außerhalb des Heims zu beanspruchen gehabt hätte, doch auch der Pflege des Säuglings dienen sollte, so daß es nur billig ist, wenn die Kasse statt des nach § 196 Ziff. 1 wegfallenden Wochengeldes die Verpflegung im Heim nicht nur für die Wöchnerin, sondern auch für das Kind bestreitet. (Ebenso Krause, Wochenhilfe S. 63 Anm. 6.)

Ansprüche gegen die Betriebskrankenkasse und gegen eine Pensionskasse bei Unfall in einem fremden Betriebe.

10. **Nach Saarbrücken.** Frage: a) Ist die Betriebskrankenkasse eines industriellen Betriebes zur Zahlung von Krankengeld verpflichtet, wenn ein Arbeiter einen Unfall in einem fremden Betrieb erlitten hat, in dem er sogenannte Schwarzarbeit verrichtet?

b) Sind die Pensionskassen zur Zahlung von Pension an einen derartigen Arbeiter verpflichtet, wenn er durch den Unfall Invalide wird, oder zur Zahlung von Pension an die Witwe bzw. hinterbliebenen Waisen, wenn der betreffende Arbeiter durch den Unfall zu Tode kommt?

Antwort: a) Der Anspruch eines Versicherten auf Krankenhilfe nach §§ 182 ff. RVO. ist unabhängig von der Ursache der Erkrankung und besteht insbesondere auch bei Betriebsunfällen, gleichviel ob der Unfall sich bei der Beschäftigung in dem Betriebe, dem der Verletzte angehört, oder in einem anderen Betrieb ereignet hat. Für die Kasse kann nur unter Umständen ein Ersatzanspruch gegen die zuständige Berufsgenossenschaft nach §§ 1501 ff. RVO. in Frage kommen.

b) Sollte es sich um eine private Pensionskasse handeln, so käme es auf die Satzung an. Falls es sich aber um eine nach § 1360 RVO. als Sonderanstalt zugelassene Pensionskasse handelt, so sind nach § 1372 Ziff. 20 RVO. die §§ 1522 ff. entsprechend anzuwenden. Invaliden- oder Hinterbliebenenrente sind also in diesem Falle voll zu zahlen, bis die Unfallrente gewährt wird. Näheres ergibt sich aus § 1522. Dabei kann der Umstand, daß der Unfall sich in einem fremden Betrieb ereignet hat, nur für die Frage in Betracht kommen, welche Berufsgenossenschaft zur Gewährung der Unfallrente und gegebenenfalls zur Leistung des Ersatzes an die Pensionskasse (§ 1522 Abs. 3) verpflichtet ist. Diese Frage ist nach §§ 633, 634 RVO. zu entscheiden (zu vgl. auch Handb. der UnfVers. 1 S. 117 ff. Anm. 56 bis 60.

a) Anspruch auf Hausgeld (§ 186 RVO.). b) Boxkampf kein Grund zur Versagung des Krankengeldes (§ 192).

11. **Nach Essen.** Antwort: a) Sie sind im Irrtum. Angehörige im Sinne des § 186 RVO. sind Familienmitglieder, die in einem rechtlich anerkannten Verwandtschafts- oder Schwägerschaftsverhältnisse zum Versicherten stehen (Entsch. des RVA. 2143, Amtl. Nachr. 1916 S. 347).

b) Was wir im Heft 17 S. 340 Ziff. 13 vom Fußballspiel gesagt haben, trifft auch auf den sportmäßigen Boxkampf zu. Es mag sein, daß jeder Teilnehmer an solchem Kampfe den Vorsatz hat, den Gegner durch Schläge oder Stöße kampfunfähig zu machen, und daß er sich bewußt ist, daß hierbei Körperverletzungen eintreten können; dennoch kann man weder von einem wirklichen Raufhändel noch von einer wirklichen Schlägerei reden, solange die Beteiligten die vereinbarten oder üblichen Gesetze des Sportkampfes einhalten, die darauf abzielen, die Mattsetzung des Gegners ohne seine körperliche Verletzung zu ermöglichen.

Anspruch der Krankenkasse gegen die Berufsgenossenschaft auf Ersatz für Krankenpflege nach Ablauf der 13. Woche.

12. **Nach Neustrelitz.** Antwort: Die Leistungspflicht der Krankenkasse wird dadurch nicht berührt, daß zugleich die Berufsgenossenschaft dem Verletzten gegenüber leistungspflichtig ist (§ 1501 Abs. 1 RVO.). Die Kasse hat daher die satzungsmäßigen Leistungen auch über die 13. Woche nach dem Unfall hinaus zu gewähren. Erst wenn sie Kenntnis davon erhält, daß die Berufsgenossenschaft das Heilverfahren übernommen hat, hat die Kasse ihrerseits die Leistungen der Krankenpflege einzustellen. Bis dahin leistet sie „pflichtgemäß“ im Sinne des § 1501 Abs. 2 und kann daher nach dieser Vorschrift Ersatz in den Grenzen der §§ 1502 bis 1507 von der Berufsgenossenschaft beanspruchen. Dabei sind nach § 1503 Abs. 1 für Krankenpflege drei Achtel des Grundlohnes zu ersetzen. Der Berechnung dieses Pauschbetrages kann die Berufsgenossen-

Digitized by Google

schaft allerdings nicht den Nachweis entgegensetzen, daß die Aufwendungen der Kasse für Krankenpflege den Betrag von drei Achtel des Grundlohnes nicht erreicht haben (zu vgl. die Anm. im Jahrg. 1915 S. 278 und die Entsch. des RVA. daselbst S. 736). Irrig aber ist die Meinung der Kasse, daß die drei Achtel für jeden Tag anzusetzen seien, an dem der Kranke arbeitsunfähig war oder einer Heilbehandlung „bedurfte"; vielmehr kommen die drei Achtel für jeden Tag in Ansatz, für den nachweislich irgendwelche Krankenpflege gewährt wurde. Dabei ist nur anderseits zu beachten, daß nicht gerade an jedem einzelnen Tag ein besonderer Akt der Heilfürsorge stattgefunden haben muß, sondern daß es genügt, wenn die ärztliche Fürsorge oder ein Heilmittel für einen längeren Zeitraum gewährt worden ist, um den Anspruch auf drei Achtel für jeden Tag zu rechtfertigen, der in die Zeit fällt, auf welche sich diese Fürsorge tatsächlich erstreckt hat. Näheres hierüber bei Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 3b zu § 222 RVO. und die dort angeführten Entscheidungen.

Abstufung des Krankengeldes nach dem Familienstand.

13. **Nach Troisdorf.** Antwort: Vorweg sei bemerkt, wenn Ihre Satzung bestimmt, daß Krankengeld für jeden Kalendertag, gleichgültig, ob Arbeitstag oder nicht", gezahlt wird, so ist das ungesetzlich. Grundsätzlich darf Krankengeld nach § 182 Ziff. 2 RVO. nur für jeden Arbeitstag gewährt werden; die Satzung kann es nach § 191 Abs. 1 allgemein nur für Sonn- und Feiertage, nicht aber auch für solche Werktage, die für den Versicherten keine Arbeitstage sind, zubilligen. Zu vgl. über eine bevorstehende Änderung des Gesetzes in dieser Hinsicht: Hoffmann, hier Heft 19 S. 365 Ziff. VI. — Nach § 3 Ziff. 1 der Bek. v. 22. 11. 17 kann die Satzung mit Zustimmung des Oberversicherungsamts bis zur Höchstgrenze von ¾ des Grundlohnes für Verheiratete und Ledige sowie nach der Zahl der Kinder und sonstigen Angehörigen abstufen, „die der Versicherte bisher von seinem Arbeitsverdienste ganz oder überwiegend unterhalten hat". Wird die geplante Erhöhung des Krankengeldes auf 70 v. H. dem angepaßt, so steht ihr gesetzlich nichts entgegen. Die Meinung, daß hiernach das Krankengeld für die Woche, zu 7 Tagen gerechnet, mehr als ¾ des Grundlohnes betragen könne, ist irrig; es kommt immer nur darauf an, daß das Krankengeld für den einzelnen Krankengeldtag ¾ des Grundlohns nicht übersteigt.

Abgabe von Heilmitteln durch die Krankenkasse an ihre Mitglieder.

14. **Nach Ingolstadt.** Antwort: Die Kassen sind befugt, Verbandstoffe, Krankenpflegeartikel und andere Heilmittel, die nicht dem freien Verkehr entzogen sind, zum Zwecke der Abgabe an die Versicherten anzuschaffen. (Näheres hierüber: Kleeis in ArbVers. 1917 S. 731 ff.) Einer Ermächtigung durch die Satzung bedarf es nicht. Der Vorstand ist kraft seines Verwaltungsrechts (§ 342 RVO.) befugt, eine solche Maßnahme zu beschließen und durchzuführen, und einer Mitwirkung des Ausschusses würde es hierzu nur bedürfen, wenn dafür ein bestimmter Betrag in den Voranschlag eingestellt werden soll (§ 345 Abs. 2 Ziff. 1 RVO.). Unterbleibt dies und wird die Maßnahme im Laufe des Rechnungsjahres durchgeführt, so genügt es, wenn die Sache bei der Abnahme der Jahresrechnung der Prüfung des Ausschusses unterbreitet wird (zu vgl. § 95 Abs. 2 der Mustersatzung für allg. OKKn.); er würde dann die Ausgabe nur beanstanden können, wenn sie mit den Grundsätzen getreuer Geschäftsverwaltung nicht vereinbar wäre (§ 23 RVO.).

Stillgeld für den Tag der Geburt.

15. **Nach Lohmen.** Antwort: Allerdings wird das Kind nicht sofort nach der Geburt zum Stillen angesetzt, und es kann daher vorkommen, daß das einige Stunden vor Mitternacht geborene Kind, obwohl die Mutter an sich zum Selbststillen von vornherein bereit ist, tatsächlich erst einige Stunden nach Mitternach die Brust bekommt. Gleichwohl halten wir in solchen Fällen den Anspruch auf Stillgeld schon für den Tag der Geburt für begründet. Die Sache liegt nicht anders, als wenn aus einem vorübergehenden Grunde die stillende Mutter einmal für einen Tag das Selbstnähren aussetzen muß. In dem einen wie im anderen Falle würde es kleinlich, unbillig und zweckwidrig sein, das Stillgeld für den Tag zu versagen.

a) Arbeitsunfähigkeit als Folge von Alter oder Krankheit? b) Neben Wochengeld noch Krankengeld neben Krankenhauspflege. c) Erstattung nach § 197 RVO.

16. **Nach Memmingen.** Antwort: a) Es ist richtig, daß Krankengeld nach § 183 Abs. 1 RVO. nur zu zahlen ist, wenn die Krankheit den Versicherten arbeitsunfähig macht, daß es also zu versagen ist, wenn ein freiwillig Weiterversicherter, der ohnehin arbeitsunfähig ist, so erkrankt, daß er arbeitsunfähig geworden sein würde, wenn er es nicht schon vorher gewesen wäre. Aber es ist unrichtig, ohne weiteres anzunehmen, daß der 73 Jahre alte, freiwillig Weiterversicherte, der an Nierenentzündung erkrankt ist, schon vorher und nicht erst durch diese Krankheit arbeitsunfähig gewesen sein müsse, weil er in den Ruhestand versetzt sei. Denn dies kann sehr wohl schon allein durch das hohe Alter und die damit verbundene Schwäche gerechtfertigt sein, die nicht notwendigerweise völlige Unfähigkeit zur Verrichtung der Berufsarbeit bedingt haben muß. Es bedarf daher erst noch der Feststellung, ob solche Unfähigkeit schon vor der Erkrankung tatsächlich vorlag.

b) Krankenhauspflege nach § 184 RVO. schließt für die Zeit ihrer Gewährung den Anspruch auf Krankengeld und in gleicher Weise den Anspruch auf Wochengeld aus (zu vgl. ArbVers. 1916 S. 448, 754; Jaeger S. 37; Krause S. 39). Das gilt auch, soweit Krankenhauspflege in den vier Wochen vor der Entbindung gewährt ist, hinsichtlich des sonst auf diese Zeit nach § 195a RVO. Abs. 1 Ziff. 2 entfallenden Wochengeldes.

c) Neben Wochengeld wird nach § 195a Abs. 2 Krankengeld nicht gewährt. Bei der Ersatzleistung nach § 197 RVO. ist das volle Wochengeld für zehn Wochen zugrunde zu legen, ohne Abrechnung der Tage, für die unter anderen Umständen Krankengeld zu gewähren gewesen wäre.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Str. 12.
Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., in Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Direktor im Statistischen Reichsamt u. a. m.

Heft 1331 der ganzen Folge.

38. Jahrgang | 11. Oktober 1921 | Heft 29

Die Grenzen der Zuständigkeit der Oberversicherungsämter und der obersten Verwaltungsbehörden bei Genehmigung der Dienstordnung.

Von Hans Süß, Verwalter der allgemeinen Ortskrankenkasse Weißenburg i. B.

I. Die Reichsversicherungsordnung hat die Regelung der Rechts- und allgemeinen Dienstverhältnisse, sowie die Festsetzung der Besoldung der Kassenangestellten in der Hauptsache dem Vorstand und dem Ausschuß der einzelnen Krankenkasse übertragen. Ihre §§ 349 bis 362 bestimmen zumeist nur die Form, in der diese Regelung zu treffen ist; hinsichtlich des Inhaltes der Regelung ist den Kassen weitester Spielraum gelassen, der freilich wesentlich eingeengt ist durch das Erfordernis der Genehmigung der Dienstordnung nach § 355. Denn nach der Begründung zu § 355 hat das Oberversicherungsamt, das mit der Genehmigung der Dienstordnung betraut ist, bei der Erfüllung dieser Aufgabe nicht nur die Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen zu überwachen, sondern auch offenbar unzweckmäßigen Bestimmungen, namentlich aber dem hier und da beobachteten Bestreben entgegenzutreten, unnötige Stellen zu schaffen oder eine übermäßig hohe oder unangemessen niedrige Besoldung festzusetzen. Darüber hinaus sollte durch die Bestimmung der Zuständigkeit des Oberversicherungsamts für diese Aufgabe, die an sich in den Aufgabenbereich der Aufsichtsbehörde, d. i. des Versicherungsamts fallen würde, innerhalb größerer Bezirke eine gewisse Gleichmäßigkeit bei Behandlung der Dienstordnungen erzielt werden. Von diesen Zwecken des Genehmigungsverfahrens hat sich der letztere immer mehr als der wichtigere erwiesen. Für einen ordnungsmäßigen Betrieb der Kassen ist die Zufriedenheit der Angestellten besonders wichtig; sie wird aber durch nichts mehr gefährdet, als durch ungleichmäßige Regelung des Dienstrechts.

Die Oberversicherungsämter sind der ihnen nach dieser Richtung gestellten Aufgabe zunächst nur hinsichtlich der allgemeinen Dienstverhältnisse, auch hier aber nicht durchweg gerecht geworden. Die von den Oberversicherungsämtern genehmigten Besoldungspläne haben 1914 nichts weniger als Gleichmäßigkeit erkennen lassen. Die verschiedensten Systeme waren dicht nebeneinander zu finden. Bald war die Reichsbeamtenbesoldung, bald die Besoldung der bundesstaatlichen oder gemeindlichen Beamten als Beispiel genommen, bald auch völlig Neues geschaffen. Natürlich waren auch die Unterschiede in der Höhe der Besoldung ganz erheblich. Die Besoldung ganz gleicher Stellen wies nicht selten Spannungen auf, wie sie z. B. in der neuen Reichsbesoldung nur zwischen den Gruppen I und X bestehen. Das bedeutet keinen Vorwurf gegen die Oberversicherungsämter; denn 1914 lagen eben besondere Verhältnisse vor. Zunächst fehlte für den in der Hauptsache neuen Krankenkassendienst ein zuverlässiger Wertmaßstab; ein solcher mußte sich vielmehr erst durch die Erfahrung herausbilden. Auch

Digitized by Google

die Leistungsfähigkeit der vielen neuen Kassen war noch gar nicht abzusehen. Ferner mußte bei dem großen Bedarf an Angestellten vielfach auf Personen zurückgegriffen werden, die im allgemeinen, besonders aber für den Krankenkassendienst der notwendigen Vorbildung ermangelten und daher auch zunächst nicht die Besoldung beanspruchen konnten wie ein gehörig Vorgebildeter. Das mußte sich bei der Festsetzung der Besoldung durch die Kassenorgane auswirken; sie mußten auf eine den Anforderungen der einzelnen Stelle angemessene und daher allein gerechte Festsetzung der Besoldung bedacht sein, und die Oberversicherungsämter konnten sich der Berechtigung solches Verfahrens nicht verschließen. Trotzdem war zu hoffen, daß die Entwicklung bald zu einer Abgleichung auch in der Besoldung führen werde. Es konnte erwartet werden, daß im Laufe der Zeit die Eignung der Kassenangestellten für ihre Aufgaben sich heben, daß ferner die Handhabung der gesetzlichen Bestimmungen durch die Oberversicherungsämter in bestimmte, eng abgegrenzte Bahnen gelenkt werden, daß endlich diese Entwicklung besonders von dem alsbald sich anbahnenden organisatorischen Zusammenschluß der Kassen und ihrer Angestellten günstig beeinflußt werden werde. Der Krieg hat diese Entwicklung jäh unterbrochen, sein unglücklicher Ausgang aber und der damit einhergehende wirtschaftliche Niederbruch hat sie um so mehr beschleunigt. Die rapid zunehmende Geldentwertung, die so abgeglichene Besoldungssysteme wie die der Reichs- und der Staatsbeamten über den Haufen warf, machte auch die Änderung der an sich schon unvollkommenen Besoldungsregelung für die Kassenangestellten erst recht zur zwingenden Notwendigkeit.

Das aus dem so augenfällig gewordenen Bedürfnis hervorgegangene Streben nach einer angemessenen und zudem gleichmäßigen Besoldung der Kassenangestellten hat sich — wie nach der bisherigen Entwicklung in den einzelnen Ländern nicht anders möglich — nicht überall in der gleichen Richtung bewegt. In Norddeutschland gewann der Tarifvertrag größeren Anhang, allerdings ohne daß dessen allgemeine Durchführung, die im Interesse einer gleichheitlichen Regelung zu wünschen gewesen wäre, erreicht werden konnte. Das größte Hindernis für eine solche allgemeine Durchführung des Tarifvertrages ist die Tatsache, daß der Tarifvertrag, der auf die Festsetzung der Lohnbedingungen für wirtschaftliche Unternehmungen zugeschnitten ist, nur in sehr beschränktem Maße für öffentliche Verwaltungen tauglich ist. Das hat besonders Fräßdorf — als Vorsitzender des Hauptverbandes deutscher Ortskrankenkassen, Vertreter eines der Beteiligten an der Tarifgemeinschaft und daher zu einem Urteil besonders berufen — mit auffallender Schärfe gegenüber den Angestellten festgestellt (zu vergl. „Ortskrankenkasse" 1921 S. 268 ff.). Gerade Fräßdorf würde es daher auch sichtlich nicht ungern gesehen haben, wenn unter der Einwirkung des Sperrgesetzes die Tarifgemeinschaft zerbrochen wäre. Wenn trotzdem der Hauptverband auf seiner letzten Tagung in Hannover der Fortsetzung der Tarifgemeinschaft „aus sozialen Gründen" zugestimmt hat (a. a. O. S. 495), so ist damit sicher die Entscheidung über die Frage der Besoldung der Kassenangestellten in Preußen nicht endgültig getroffen, sondern nur weiter hinausgeschoben. Denn der dem Tarifvertrag anhaftende, besonders auch von Fräßdorf hervorgehobene Mangel einer festen Abgrenzung der einzelnen Angestelltengruppen, vor allem aber die weiterhin bestehende Ungleichmäßigkeit in der Regelung der Besoldung der Angestellten bei den verschiedenen Kassen wird stets Unzufriedenheit und Streit veranlassen und zu einer neuen brauchbareren Lösung drängen. In Bayern zeigte sich von vornherein sowohl bei den Kassen, als auch bei den Angestellten eine starke Abneigung gegen den Tarifvertrag. Auch die bayerischen Oberversicherungsämter lehnten den Tarifvertrag ab oder vielmehr machten ihn dadurch illusorisch, daß sie erklärten, sie könnten sich durch den Tarifvertrag nicht für gehindert ansehen, die Angemessenheit der Besoldung nach § 355 RVO. nachzuprüfen. So ist es erklärlich,

Digitized by Google

daß Bayern alsbald eigene Wege ging und unter verständnisvollem Zusammenwirken aller Beteiligten — der Krankenkassen, der Angestellten, der Oberversicherungsämter und der Regierung — eine einheitliche Regelung für die Besoldungsverhältnisse der Kassenangestellten schuf, die sich eng an die eben vollendete neue Regelung der Staatsbeamtenbesoldung anschließt und sowohl nach ihrem Inhalt, als besonders nach der Art ihres Zustandekommens beispielgebend für andere bundesstaatliche Regelungen sein kann. Der Hauptvorteil dieser Regelung besteht darin, daß sie für alle Gruppen von Angestellten einen festen Wertmaßstab bringt und daß die gleichheitliche Durchführung bei allen Kassen gewährleistet ist. Dabei wurde das Selbstverwaltungsrecht der Kassen nicht mehr eingeengt, als durch den Tarifvertrag. Denn auch dieser wird unter Ausschaltung der einzelnen Kasse durch die beiderseitigen Verbände geschlossen; es wird sogar auch die bei der bayerischen Regelung durchgeführte Anlehnung an die Besoldungsgruppen der Länder grundsätzlich gefordert (a. a. O. S. 495). Die neue bayerische Regelung ist in einer „Vereinbarung" vom 26. 7. 20 niedergelegt. Mit einer Entschließung des Ministeriums für Soziale Fürsorge vom 2. 8. 20 wurde sie den einzelnen Kassen zur Kenntnis gebracht und zugleich mit „Erläuterungen" versehen (Blätter für Armenpflege und Soziale Versicherung 1920 S. 193 ff).

II. Trotz der grundstürzenden Änderungen, die die Vereinbarung für manche Kassen brachte, machten sich stärkere Widerstände gegen ihre Anerkennung bei den einzelnen Kassen nicht geltend. Man war sichtlich auf beiden Seiten, bei den Kassen wie bei den Angestellten, froh, endlich einmal von dem unhaltbaren Zustand der immer wiederkehrenden Zulagenforderungen befreit zu sein und zu geregelten festen Verhältnissen zu kommen. Schwierig gestaltete sich nur die Durchführung und Anwendung der Vereinbarung. Besonders ist es ein Punkt, der zu Meinungsverschiedenheiten führte und hier — da hierüber bereits eine Entscheidung vorliegt, die über die Vereinbarung hinaus Bedeutung hat — des Näheren erörtert werden soll.

In den ministeriellen „Erläuterungen" zu der Vereinbarung ist u. a. ausgesprochen: „Sämtliche Maßnahmen, welche die Kassenvorstände in Durchführung der Überleitung und Ausgleichung treffen, sind Änderungen der Dienstordnungen. Hierzu gehört also nicht nur die Gruppenzuweisung, sondern auch die Feststellung des Besoldungsdienstalters, die Ausführung der Überleitung usw. Alle diese Maßnahmen müssen in dem Verfahren zur Durchführung gelangen, das die RVO. vorschreibt, also nach Anhörung der volljährigen Angestellten, bezw. des Betriebsrats unter beschlußmäßiger Verbescheidung des Kassenvorstandes mit Zustimmung des Kassenausschusses und Genehmigung des Oberversicherungsamts. (§§ 346, 355 RVO., §§ 66, 78 ff. Betriebsräte-Ges.)" Auf Grund dieser Bemerkung verlangten die Oberversicherungsämter nicht nur die Vorlage der geänderten Dienstordnungen, sondern auch die Einsendung der Beschlüsse der Kassenorgane, die die Überleitung der einzelnen Angestellten in die neue Regelung bezweckten, und zogen auch die letzteren in ihre Würdigung nach § 355 und in ihren Genehmigungs- oder auch Versagungsbeschluß ein.

Auf die Beschwerde einer Krankenkasse machte sich das Bayerische Landesversicherungsamt, das gemäß § 110 RVO. an Stelle der obersten Verwaltungsbehörde als Beschwerdeinstanz für den Fall des § 355 bestimmt ist, den Standpunkt der Oberversicherungsämter zu eigen mit folgender Begründung:

„Zunächst ist zu untersuchen, ob die Anordnung im Ministerialerlasse, daß auch alle Fragen der Überleitung, der Angleichung, der Berechnung des Dienstalters in dem für die Aufstellung und Abänderung der Dienstordnung vorgeschriebenen Verfahren zu erledigen sind, Geltung hat. Diese Frage ist zu bejahen. Es handelt sich bei der Durchführung des Ministerialerlasses nicht etwa um die Neuanstellung irgendeines oder mehrerer Angestellten irgendeiner Krankenkasse, sondern um eine allgemeine organisatorische Maßnahme, welche die gleichzeitige und einheitliche Neuregelung der Besoldungsverhältnisse der sämtlichen bei den Krankenkassen in Bayern

Digitized by Google

bereits in Dienst befindlichen Angestellten auf der einen Grundlage des Bayer. Beamtenbesoldungsgesetzes bezweckt. Dabei ist nach der Natur der Sache die Frage der Überleitung ein so notwendiger Bestandteil der Neuordnung der Besoldung, daß sie (aus — hier allein maßgebenden — beamtenpolitischen Erwägungen) von dem allgemeinen Inhalt der Dienstordnung nicht getrennt werden kann. In der Begründung zur RVO. S. 209 und in den grundsätzlichen Entscheidungen des RVA., Amtl. Nachr. 1914 S. 769 und 1915 S. 588, ist bestätigt, »daß es sich bei der Aufstellung und Änderung von Dienstordnungen um Fragen der Organisation der Krankenkassen und der bundesstaatlichen Regelung der Beamtenverhältnisse handle«, und daß die Dienstordnung »im Verwaltungswege erlassen werde«; deshalb sei auch die Verbescheidung von Beschwerden gegen einschlägige Entscheidungen der Oberversicherungsämter der obersten Verwaltungsbehörde, nicht etwa dem Reichsversicherungsamt übertragen worden. Das Ministerium für Soziale Fürsorge ist die oberste Aufsichtsbehörde über die Krankenkassen und Aufsichtsbehörde der Oberversicherungsämter in Bayern, hiernach zuständig zum Erlasse der Anordnung; diese verstößt nicht gegen die Bestimmungen der RVO. und wird der Absicht des Gesetzgebers gerecht. Wenn die Oberversicherungsämter sie zur Ausführung bringen, so kann ihr Vorgehen nicht als unzulässig bezeichnet werden. Zudem hat die von dem Beschwerdeführer beschlossene Änderung des allgemeinen Inhalts der Dienstordnung selbst vorgesehen, »daß für die Feststellung und Überleitung .... die Bestimmungen des Bayer. Beamtenbesoldungsgesetzes sinngemäß anzuwenden sind« (Entsch. des Bayer. LVA. vom 25. 7. 21)."

III. Diese Stellungnahme der Bayerischen Versicherungsbehörden entspricht nicht den gesetzlichen Vorschriften und der Absicht des Gesetzgebers. Sie überschreitet auf Kosten des Selbstverwaltungsrechts der Kassen ganz erheblich die Grenzen, die der Zuständigkeit des Oberversicherungsamts nach § 355 RVO. gezogen sind.

Die erste Frage ist die, welche Bedeutung der Vereinbarung vom 26. 7. 20 zukommt. Dabei muß davon ausgegangen werden, daß sowohl die Kassen, als auch die Oberversicherungsämter innerhalb der durch die RVO. gezogenen Grenzen die Dienstrechtsverhältnisse der Kassenangestellten zwar nach pflichtgemäßem, jedoch sonst völlig freiem Ermessen zu regeln haben. In diesem freien Ermessen können die Kassen und die Oberversicherungsämter nicht durch „Anordnungen" übergeordneter Stellen beschränkt werden. Kassen und Oberversicherungsämter können auf die Erfüllung der ihnen durch das Gesetz bei Aufstellung der Dienstordnung zugewiesenen Aufgaben angesichts deren öffentlich-rechtlicher Natur auch nicht freiwillig verzichten. Für die Kassen kommt noch hinzu, daß sie bei der Vereinbarung im Ministerium für eine rechtsverbindliche Handlung gar nicht gehörig vertreten waren. Denn die Kassenverbände, die bei der Vereinbarung an Stelle der Kassen zugegen waren, dürfen bei der Aufstellung der Dienstordnung nicht mitwirken, da ihnen Aufgaben aus § 407 Ziff. 1 RVO. nicht übertragen sind (§ 414). Außerdem können die dem Vorstand und dem Ausschuß der Kassen obliegenden Aufgaben bei Aufstellung der Dienstordnung weder auf einzelne Mitglieder der Organe, noch auf fernerstehende Einzelpersonen oder Organisationen übertragen werden. Daraus ergibt sich die Bedeutung der Vereinbarung von selbst: Sie konnte die Kassenorgane und die Oberversicherungsämter nicht formell binden, sondern nur Richtlinien aufstellen, die allerdings dadurch einen gewissen bindenden Charakter erlangten, daß ihnen auch die obersten Landesbehörden zustimmten, so daß die unteren Stellen, wollen sie nicht die Aufhebung ihrer Beschlüsse riskieren, wohl oder übel darauf Rücksicht nehmen müssen.

Für die vom Ministerium selbst als „Erläuterungen", vom Landesversicherungsamt als „Anordnung" bezeichneten Bemerkungen des Ministeriums zu der Vereinbarung gilt dasselbe. Überdies muß gesagt werden, daß das Ministerium in Fragen der Dienstordnung gar keine Anordnung erlassen kann. Die Aufstellung der Dienstordnung ist dem allgemeinen Aufsichtsrecht entzogen und einem besonderen Verfahren zugewiesen. Zwar ist dafür als letzte Instanz die oberste Verwaltungsbehörde im Gesetz bestimmt. Die bayerische oberste Verwaltungsbehörde hat aber gemäß § 110 RVO. ihre Aufgabe nach dieser Richtung dem Landesversicherungsamt übertragen, so daß sie aus diesem Verfahren vollständig ausgeschaltet ist. Wollte man aber neben diesem Verfahren auch noch den Aufsichtsbehörden das Recht einräumen, bei der Aufstellung der Dienstordnung mit-

Digitized by Google

zuwirken, so würde das zu den größten Verwicklungen führen. Mit demselben Recht wie die oberste Aufsichtsbehörde könnte ja auch das Versicherungsamt beanspruchen, bei der Aufstellung der Dienstordnung mitreden zu dürfen. Was das Versicherungsamt als Aufsichtsbehörde tun kann, das ist zunächst das eine, daß es die Kassen zur Aufstellung der Dienstordnung anhält und damit die Beachtung des Gesetzes herbeiführt und weiter, daß es dafür sorgt, daß die aufgestellte Dienstordnung beachtet wird (§ 377). Auf die Gestaltung der Dienstordnung haben die Aufsichtsbehörden keinen Einfluß. Unrichtig ist es übrigens, wenn das Landesversicherungsamt das Ministerium als oberste Aufsichtsbehörde der Krankenkassen bezeichnet. Denn nach §§ 83, 105 RVO. nimmt diese Stellung das Landesversicherungsamt ein. Zudem könnte auch aus der Stellung als oberste Aufsichtsbehörde das Recht zu einer die Kassen verpflichtenden Anordnung nicht hergeleitet werden. Denn nach der Rechtsprechung vermögen die höhern Aufsichtsbehörden über die Krankenkassen Aufsichtsrechte nur dann auszuüben, wenn sie auf Grund einer rechtsgültig eingelegten Beschwerde im Rechtszuge mit der Sache befaßt werden. (Grundsätzliche Entscheidung des RVA. vom 18. 12. 16 S. 431). Wenn in diesem Zusammenhange gefragt wird, auf welches Recht sich denn dann die Beteiligung des Ministeriums an den der Vereinbarung vorausgehenden Verhandlungen stützt, so kann demgegenüber nur auf das Aufsichtsrecht des Ministeriums dem Landesversicherungsamt und den Oberversicherungsämtern gegenüber verwiesen werden. Stärker wäre die Stellung des Ministeriums bei solchen Verhandlungen zweifellos, wenn es in dem Verfahren nach § 355 RVO. letzte Instanz wäre. Die Übertragung gerade dieser Eigenschaft auf das Landesversicherungsamt widerstreitet auch der Absicht des Gesetzgebers.

Für seine Auffassung in sachlicher Hinsicht beruft sich das Landesversicherungsamt mit Unrecht auf die Begründung zur RVO. und auf die Grundsätzlichen Entscheidungen des RVA. v. 29. 8. 14 und 19. 9. 14 (Amtl. Nachr. 1914 S. 769 und 1915 S. 588). In der Gesetzesbegründung ist lediglich dargetan, aus welchem Grunde für die Aufstellung der Dienstordnung in letzter Instanz die oberste Verwaltungsbehörde und nicht das Reichs- oder Landesversicherungsamt bestimmt ist. Die beiden Entscheidungen aber folgern aus der vom LVA. angeführten Stelle der Begründung nur, daß für den Erlaß und für den Inhalt der Dienstordnung ausschließlich das Verfahren nach § 355 Platz zu greifen hat, während alle Fragen der Anwendung und der Auslegung der Dienstordnung lediglich im Aufsichtswege zu prüfen und in letzter Instanz vom Reichs- oder Landesversicherungsamt zu entscheiden sind, soweit sich diese Behörden überhaupt damit zu befassen haben (§§ 1797, 1799). Über den hier allein interessierenden Inhalt selbst hat sich weder die Begründung, noch auch haben sich die Entscheidungen ausgesprochen, so daß man nach dieser Hinsicht ausschließlich auf die RVO. selbst angewiesen ist.

Nach der RVO. ist bei der Regelung der Dienstrechtsverhältnisse der Kassenangestellten zu unterscheiden zwischen der Aufstellung der Dienstordnung nebst Besoldungsplan und der Anstellung des einzelnen Angestellten oder auch — wie das Reichsversicherungsamt in seinen Entscheidungen sagt — zwischen dem Erlaß und dem Inhalt der Dienstordnung und ihrer Anwendung und Auslegung.

Die Dienstordnung regelt die Rechts- und die allgemeinen Dienstverhältnisse der Angestellten, insbesondere den Nachweis ihrer fachlichen Befähigung, ihre Zahl, die Art der Anstellung usw. (§ 352). Der ihr beizugebende Besoldungsplan hat sich auch über die Fristen für die Gewährung von Dienstalterszulagen und über die Voraussetzungen für Beförderungen auszusprechen (§ 353). Danach kann es nicht zweifelhaft sein, daß die Dienstordnung ledig-

Digitized by Google

lich die allgemeinen Grundsätze für die Anstellung und Besoldung der Angestellten aufzustellen hat. Die Dienstordnung ist demnach für die Kassenangestellten etwa dasselbe, wie für die Staatsbeamten das Beamtengesetz und das Beamtenbesoldungsgesetz. Wie in den Staatsgesetzen, so ist auch in der Dienstordnung für die Kassenangestellten nicht von der einzelnen Person, die zufällig beschäftigt wird, sondern nur von Angestellten im allgemeinen und von Stellen die Rede. Lediglich für die Aufstellung der Dienstordnung, also der allgemeinen Anstellungsgrundsätze bedarf es der Anhörung der volljährigen Angestellten, der Beschlußfassung des Vorstandes und des Ausschusses (§ 346) und der Genehmigung des Oberversicherungsamts.

Die Anstellung des einzelnen Angestellten gehört zur laufenden Verwaltung, die nach § 342 RVO. dem Vorstand obliegt, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, was bei der Anstellung nicht der Fall ist. Als Ausnahme von der Regel, wonach die Beschlüsse des Vorstandes mit einfacher Mehrheit gefaßt werden, ist nur für die „Besetzung" der in der Dienstordnung vorgesehenen Stellen der Zweidrittelmehrheitsbeschluß vorgeschrieben (§ 349). Mit der „Besetzung" ist hier aber nach der Entstehungsgeschichte nur die Auswahl der Person gemeint. Für die Anwendung der Dienstordnung auf den Angestellten (Ausgewählten), also für die Einreihung in den Besoldungsplan, für die Berechnung des Dienstalters, für die Bemessung des Gehaltes usw. verbleibt es bei dem einfachen Mehrheitsbeschluß des Vorstandes; die Satzung kann sogar bestimmen, daß der Vorstand wie in anderer, so auch in dieser Hinsicht durch den Vorsitzenden oder durch ein anderes Vorstandsmitglied vertreten wird (§ 5 III RVO.). Eine Mitwirkung des Ausschusses ist für den gesamten Anstellungsvorgang nicht vorgeschrieben und demnach gesetzlich unzulässig. Dasselbe gilt von der Mitwirkung des Oberversicherungsamts. Sämtliche Verwaltungshandlungen bei der Anstellung unterliegen vielmehr nur der Nachprüfung durch die Aufsichtsbehörde, d. i. das Versicherungsamt. Diese Nachprüfung wieder hat sich, wie hier zugleich — anschließend an das oben Gesagte — festgestellt werden mag, nach § 377 nur darauf zu erstrecken, ob die Dienstordnung beachtet ist. Das Versicherungsamt ist also bei der Ausübung seines Aufsichtsrechts an die Vorschriften der Dienstordnung gebunden. Es hat lediglich darüber zu wachen, daß diese Vorschriften nicht verletzt werden. Für Zweckmäßigkeitserwägungen und -Anordnungen ist nach ständiger Rechtsprechung des RVA. bei Handhabung des Aufsichtsrechts kein Raum. Das Versicherungsamt kann also nicht etwa prüfen, ob die dem angestellten Beamten ausgesetzte Besoldung nicht in auffälligem Mißverhältnis zu seinen Aufgaben steht. Eine solche Prüfung kann vielmehr lediglich das Oberversicherungsamt bei Genehmigung der Dienstordnung vornehmen, da es sich nur hier um größere, eine solche Nachprüfung erheischende Unterschiede handeln kann. Im Rahmen der Dienstordnung wird regelmäßig kein größerer Spielraum für eine unterschiedliche Regelung gegeben sein, so daß — wie wohl auch der Gesetzgeber gefolgert hat — für die Anstellung der einzelnen Beamten die Nachprüfung der Einhaltung der Dienstordnung nach § 377 genügt. Daß die dem Vorstand überlassene Anstellung nicht etwa nur die förmliche Bindung gegenüber dem Anzustellenden einschließt, ist wohl selbstverständlich. Sie umfaßt natürlich auch die Einreihung in den Besoldungsplan der Dienstordnung, die Berechnung des Dienstalters, die Bemessung des Gehaltes usw.; all dies darf aber nur geregelt werden nach Maßgabe der Dienstordnung.

Wird das Dienstrecht oder die Besoldung geändert, so ist demnach zu fragen, was hierbei von allgemeiner (über den Einzelfall einer Anstellung hinausreichender) Bedeutung ist und demnach dauernde Geltung, insbesondere auch für später eintretende Angestellte hat. Dies ist in die Dienstordnung

Digitized by Google

oder den Besoldungsplan aufzunehmen und bedarf der Genehmigung des Oberversicherungsamts nach § 355. Alles andere, vor allem die Anwendung der Änderung auf die einzelne angestellte Beamtenperson ist ausschließlich Sache des Vorstandes.

In dem vom Landesversicherungsamt entschiedenen Fall hätte demnach das Oberversicherungsamt die Krankenkasse nur verpflichten können, in die Dienstordnung allgemeine Bestimmungen über die Durchführung der neuen Besoldungsregelung aufzunehmen. Dabei hätten ohne weiteres die entsprechenden Bestimmungen des auch sonst zum Vorbild genommenen Staatsbeamten-Besoldungsgesetzes übernommen werden können. Es ist nicht einzusehen, warum die Aufstellung solcher allgemeiner Grundsätze für die Überleitung nicht auch für die Neuregelung der Kassenbeamtenbesoldung möglich sein sollte. Die Anwendung dieser allgemeinen Grundsätze auf die einzelne Angestelltenperson, also vor allem die Einreihung in den neuen Besoldungsplan, die Berechnung des Besoldungsdienstalters, die Bemessung des Dienstalters usw. hätte der einzelnen Kasse überlassen werden müssen.

Das Landesversicherungsamt scheint dieser Auffassung selbst zuzuneigen. Es will sie aber nur bei der Regelung der Verhältnisse „irgend eines oder mehrerer Angestellter irgend einer Krankenkasse", nicht aber dann gelten lassen, wenn es sich um „eine allgemeine organisatorische Maßnahme handelt, die die gleichzeitige und einheitliche Neuregelung der Besoldungsverhältnisse der sämtlichen bei den Krankenkassen in Bayern bereits in Dienst befindlichen Angestellten auf der einen Grundlage des Bayerischen Beamtenbesoldungsgesetzes bezweckt". Daß eine solche unterschiedliche Behandlung ein und derselben Sache nicht in der Absicht des Gesetzgebers gelegen haben kann, ergibt sich schon aus dem bereits Ausgeführten und ferner daraus, daß die Reichsversicherungsordnung keine generelle Regelung dieser Frage zuläßt und daher auch nur das Verfahren für die Ordnung dieser Verhältnisse bei der einzelnen Kasse regelt. Das Landesversicherungsamt hat aber wohl auch nicht die Verwicklungen bedacht, zu denen seine Auffassung bei der praktischen Durchführung Anlaß geben muß. Auf die Schwierigkeit der Entscheidung im einzelnen Fall, ob es sich um eine allgemeine („organisatorische") Regelung oder um einen Einzelfall handelt, soll nur nebenbei hingewiesen werden. Zu einem Zustand der Rechtsunsicherheit muß es vor allem führen, wenn über dieselbe Sache bald die eine, bald die andere Behörde zu entscheiden hat oder wenn die Aufsichtsbehörde — wie es ihr gesetzlich zusteht — trotz der Stellungnahme der für das Verfahren nach § 355 zuständigen Stellen in derselben Sache das Recht der Nachprüfung ausübt. Gerade diese Erwägungen haben dem Reichsversicherungsamt in den beiden vom Landesversicherungsamt angeführten Entscheidungen Veranlassung gegeben, zwischen dem Verfahren nach § 355 und dem Aufsichtsverfahren sachlich eine scharfe Grenze zu ziehen.

Wenn das Landesversicherungsamt seine Entscheidung schließlich auf beamtenpolitische Erwägungen stützt, so will es damit wohl nur zum Ausdruck bringen, daß die Notwendigkeit der Zufriedenstellung des Beamtenkörpers eine gleichheitliche Behandlung aller Beamten erfordert. Und es würde sich damit im Einklange befinden mit den bereits angeführten Motiven des Gesetzgebers, die in der Bestimmung der Zuständigkeit des Oberversicherungsamts für die Genehmigung der Dienstordnung Ausdruck gefunden haben. Diesem Ziele dient aber in dem Bayerischen Beamtenbesoldungsgesetz keine Bestimmung mehr als der Art. 68, der folgenden Wortlaut hat: „In Fällen, in denen sich aus den Vorschriften dieses Gesetzes besondere Härten ergeben, kann : . . . einen Ausgleich herbeiführen." Für die Durchführung der neuen Besoldungsregelung der Kassenangestellten ist eine ähnliche Bestimmung um so notwendiger, als — wie bereits ausgeführt — die

Digitized by Google

Kassen im allgemeinen und besonders auch die bayerischen Kassen bisher kein solch abgeglichenes Besoldungssystem wie die Staatsbeamten, sondern eine an Ungleichheit nicht leicht zu übertreffende Regelung der Kassenangestelltenbesoldung hatten, die sich zudem während des Krieges noch besonders zu Ungunsten derjenigen Kassenangestellten verschoben hatte, die dem Vaterlande ihre Dienste widmeten. Es wirkt in diesem Zusammenhang sonderbar, daß die besprochene Entscheidung im Ergebnis dazu geführt hat, daß den auf den Ausgleich einer solchen Härte einem Kriegsteilnehmer gegenüber gerichteten einstimmigen Beschlüssen der Kassenorgane die Genehmigung versagt worden ist.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Grundsätzliche Entscheidungen (Bescheide, Mitteilungen) des Reichsversicherungsamts.

(Nr. 7 und 8 der **Amtl. Nachr.** vom 15. Juli und 15. August 1921).

I. Unfallversicherung.

Bei Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes eines Arbeiters, der bei einer versicherten „Tätigkeit" (insbesondere bei Eigenbauarbeiten, also nicht in einem „Betriebe") verunglückt ist, sind als übliche Dauer der Tätigkeit im Sinne der §§ 564 ff. RVO. grundsätzlich 300 Arbeitstage anzusetzen. Von dieser Zahl ist, wenn sie den wirtschaftlichen Verhältnissen des einzelnen Falles nicht genügend Rechnung trägt, nach oben oder unten abzuweichen (Großer Senat — 3069 S. 321).

Bei Streit über Krankenbehandlung ist der Rekurs nach § 1700 Ziff. 1 RVO. auch dann ausgeschlossen, wenn der Entschädigungsanspruch an sich streitig ist (Großer Senat — 3070 S. 323).

Bewilligt die Berufsgenossenschaft einem Verletzten, dem eine Rente rechtskräftig abgesprochen ist, unter Ablehnung eines Rechtsanspruchs durch formloses Schreiben für gewisse Zeit eine Rente, so ist diese dem instanzmäßigen Verfahren nicht unterworfen (3071 S. 326).

Bestimmt ein Versicherungsträger, daß der Berechtigte im Einspruchsverfahren vor ihm, nicht vor dem Versicherungsamte, vernommen werden soll, so ist er nicht berechtigt, eine andere Stelle um die Vernehmung zu ersuchen (3072 S. 327).

Die Wiederaufnahme des Verfahrens auf Grund des § 1723 Ziff. 6 setzt die Vorlegung der neu aufgefundenen Urkunde voraus; die Vorlegung kann nicht durch Zeugenbeweis darüber, daß die Urkunde vorhanden ist oder war, ersetzt werden (3073 S. 327).

Durch die in Nr. XV des Übereinkommens zwischen dem Arbeitgeberverbande deutscher Berufsgenossenschaften und verschiedenen Angestelltenverbänden vom 14. 11. 19 geschaffenen Schiedsgerichtsinstanzen wird die Zuständigkeit des nach § 705 RVO. angerufenen Beschlußsenats des Reichsversicherungsamts zur Entscheidung, ob die Kündigung eines Angestellten nach der Dienstordnung und der RVO. zulässig war, nicht berührt (3074 S. 328).

In Blumenhandlungen ist nicht nur Aufbewahrung, Pflege und Verkauf, sondern auch das Zusammenstellen und Binden der Pflanzen nach den Wünschen der Käufer als Behandlung und Handhabung der Ware im Sinne des § 537 Abs. 1 Ziff. 11 RVO. anzusehen (3075 S. 329).

Ist innerhalb zweier Jahre seit dem Unfall eine vorläufige Rente entzogen worden, so ist hierin die Versagung sowohl einer vorläufigen wie einer Dauerrente zu erblicken. Die vom Oberversicherungsamte bestätigte Ablehnung des Antrags auf Wiedergewährung einer Rente kann daher nach § 1700 Ziff. 8 RVO. vom Verletzten nicht mit Rekurs angefochten werden (Großer Senat — 3076 S. 352).

Hat das Oberversicherungsamt innerhalb zweier Jahre nach dem Unfall auf die Berufung gegen einen die vorläufige Rente entziehenden Endbescheid die Berufsgenossenschaft zur Gewährung einer vorläufigen Rente verurteilt (§ 1585 Abs. 1 Satz 3), so ist auch der Rekurs der Berufsgenossenschaft nach § 1700 Ziff. 7 RVO. ausgeschlossen (Großer Senat — 3077 S. 354).

II. Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Zur Begründung des Antrags auf Wiedereinsetzung in den vorigen Stand nach § 131 Abs. 2 RVO. genügt im allgemeinen der Nachweis, daß das verspätet eingelaufene Schriftstück der Post im Laufe des dritten Tages vor Ablauf der Notfrist zur Bestellung übergeben worden ist (Großer Senat — 2644 S. 330).

Die Vorschriften des § 206 BGB. über den Schutz geschäftsunfähiger Personen ohne gesetzlichen Vertreter finden auch gegenüber dem § 29 Abs. 3 RVO. Anwendung (Großer Senat — 2645 S. 331).

Digitized by Google

Den auf Grund des § 215 Abs. 2 RVO. satzungsmäßig in ihren Ansprüchen beschränkten versicherungsberechtigten Wöchnerinnen ist Wochenhilfe auf Grund des § 195a RVO. von ihrer Kasse nicht zu gewähren (2646 S. 333).

Auch bei schweren Kriegsverletzungen (Verlust oder dauernde Gebrauchsunfähigkeit eines Armes oder Beines) ist die Annahme einer Anpassung oder Umlernung (sog. Gewöhnung) nicht auszuschließen. Es bedarf aber einer besonders sorgfältigen Prüfung aller Umstände des einzelnen Falles; Verallgemeinerungen sind unzulässig (2647 S. 334).

1. Ein dem Verletzten erteilter Bescheid der Berufsgenossenschaft dahin, daß für eine vergangene Rentenbezugszeit ein Anspruch auf Arzthilfe, mangels Nachweises ihrer Notwendigkeit, nicht anerkannt werde, steht der Geltendmachung eines Ersatzanspruchs der Krankenkasse auf Grund des § 1501 Abs. 2 RVO. wegen der von ihr in dieser Zeit gewährten Arzthilfe an sich nicht entgegen. — 2. Eine zusammenhängende ärztliche Behandlungszeit (Entsch. 2506 Amtl. Nachr. 1919 S. 275) liegt jedenfalls dann nicht vor, wenn nach Abschluß der eigentlichen Krankenbehandlung eine wiederholte Vorstellung des Kranken bei dem Arzte nur deshalb angeordnet wurde, um ein zur Linderung der Krankheit geeignetes Heilmittel (z. B. eine Brille) zu bestimmen (2648 S. 336).

Das Versicherungsamt kann eine Krankenkasse nicht verpflichten, Anträge, über die höhere Behörden zu entscheiden haben, durch die Hand der Aufsichtsbehörde weiterzureichen (2649 S. 338).

Maschinenbaubeflissene, die in einer Eisenbahnhauptwerkstätte eine praktische Ausbildung durchmachen, damit sie den Vorlesungen auf der technischen Hochschule mit Verständnis folgen können, sind nicht Lehrlinge im Sinne des § 165 Abs. 1 Ziff. 1 RVO. (3650 S. 339).

Die durch § 5 der Vrdg. vom 1. 4. 20 (RGBl. S. 433, ArbVers. S. 228) eingeführte Erhöhung der Versicherungsgrenze in der Krankenversicherung auf 20 000 M. ist durch die Vrdg. vom 30. 4. 20 (RGBl. S. 769, ArbVers. S. 287) rückwirkend wieder aufgehoben worden (3651 S. 340).

Nach Vollendung des 40. Lebensjahres ist die Wiederaufnahme der freiwilligen Beitragsleistung auch beim Fehlen der Voraussetzung des § 1283 Abs. 3 RVO. zulässig zum Zwecke der Erfüllung der Voraussetzung der Vrdg. vom 9. 2. 19, RGBl. S. 191, ArbVers. S. 130 (2652 S. 342).

Die Kosten für vom Versicherungsamte beschaffte Vordrucke gehören nicht zu den nach § 59 Abs. 2 RVO. von den Versicherungsträgern zu erstattenden Barauslagen des Verfahrens (2653 S. 344).

Eine nach § 4 Abs. 3 des Reichsversorgungsgesetzes vor Anerkennung des Versorgungsanspruchs gewährte Heilanstaltspflege ist keine Versorgung im Sinne des § 1 Abs. 2 des Beihilfegesetzes in der Fassung vom 11. 4. 21, RGBl. S. 473, ArbVers. S. 254 (2654 S. 345).

Im Falle der Übernahme des Heilverfahrens nach § 1513 Abs. 1 RVO. hat der Träger der Unfallversicherung dem Verletzten das Krankengeld zu zahlen (2655 S. 345).

Gegen eine Entscheidung des Oberversicherungsamts, wodurch eine Anordnung des Versicherungsamts aufgehoben ist, kann dieses keine weitere Beschwerde erheben (2656 S. 345).

Den Hinterbliebenenrenten auf Grund des Reichsversorgungsgesetzes im Sinne des Art. I Nr. I 1 des Ges. über Abänderung der Leistungen und Beiträge in der Invalidenversicherung vom 20. 5. 20 (RGBl. S. 1091, ArbVers. S. 370) stehen gleichartige Versorgungsgebührnisse auf Grund ausländischer Militärversorgungsgesetze grundsätzlich gleich (Bescheid — 2657 S. 346).

Heeresdienstbeschädigten, die auf Grund des § 94 RVersorgGes. durch Zahlung eines Kapitals abgefunden sind, wird nach § 1 Abs. 2 Beihilfeges. in der Fassung vom 11. 4. 21 die Beihilfe für die Zeit bis 31. 12. 23 nur insoweit gewährt, als sie die Gebührnisse übersteigt, an deren Stelle die Abfindung getreten ist (Bescheid — 2658 S. 346).

Die im § 3 Abs. 2 Beihilfeges. in der Fassung vom 11. 4. 21 für Nachzahlung der Beihilfe vorgesehene Dreimonatsfrist ist vom Tage der Geltendmachung des Anspruchs an zu berechnen (Bescheid — 2659 S. 347).

Die Versicherungsträger sind befugt und verpflichtet, für Rückerstattung zu Unrecht geleisteter Beihilfen zu sorgen (Bescheid — 2660 S. 347).

Nach § 6 Beihilfeges. vom 26. 12. 20 ist bei Erstattung und Umtausch von Beiträgen der Geldwert zugrunde zu legen, der für die verwendeten Marken aufgewendet ist, also für Zeiten vom 20. 12. 1920 an der doppelte Nennwert. — Für russisch-polnische Zeitarbeiter haben ihre Arbeitgeber nach 1233 Abs. 2 RVO. so viel an die Versicherungsanstalt zu zahlen, wie sie sonst aus eigenen Mitteln zahlen müßte; für Zeiten vom 20. 12. 20 also das Doppelte dessen, was die Arbeitgeber bis dahin zu zahlen hatten (Bescheid — 2661 S. 348).

Hat der Vorstand einer Krankenkasse nach § 195 c Abs. 1 Satz 2 RVO. beschlossen, ärztliche Hilfe bei Geburten gegen entsprechende Aufrechnung an der Barentschädigung zu gewähren, so besteht auch dann nur ein Anspruch auf die entsprechend verminderte Barentschädigung, wenn ärztliche Hilfe bei der Geburt nicht in Anspruch genommen worden ist (2662 S. 373).

Dauernde Invalidität liegt vor, wenn der Rentenbewerber das für ihn in Betracht kommende Lohndrittel nur bei Benutzung einer geeigneten Brille verdienen kann, die Versicherungsanstalt aber deren Beschaffung ablehnt und der Rentenbewerber zu ihrer Beschaffung nicht imstande ist (2663 S. 374).

Digitized by Google

Auch Ausländer, die sich freiwillig gewöhnlich im Auslande aufhalten und deren Rente bereits vor dem 1. 1. 12 ruhte, sind nach § 1316 RVO. abzufinden (2664 S. 375).

Im Berufungsverfahren gegen einen Anwartschaftsbescheid (§ 1743 RVO.) kann nicht über einen Anspruch auf alsbaldige Rentengewährung erkannt werden (2665 S. 376).

Dem wegen Verletzung der Meldevorschriften der RVO. Bestraften darf auf Grund landesgesetzlicher Vorschriften eine besondere Gebühr neben der Strafe nicht auferlegt werden (2666 S. 377).

Wird eine Betriebskrankenkasse aufgelöst, so haben die bei ihr nach § 313 RVO. Weiterversicherten gemäß § 300 Abs. 1 Satz 2 das Recht auf Mitgliedschaft bei der Kasse, der sie auf Grund ihrer früheren versicherungspflichtigen Beschäftigung anzugehören hätten, wenn diese Beschäftigung bis zur Auflösung der Betriebskrankenkasse fortgesetzt worden wäre (2667 S. 378).

Die Arbeitgeber versicherungspflichtiger Ersatzkassenmitglieder, deren Rechte und Pflichten bei der Ersatzkasse ruhen, haben Änderungen in den Lohnverhältnissen auch dann nach § 318 RVO. der Zwangskasse zu melden, wenn sie nach § 13 Vrdg. vom 3. 2. 19 in der Fassung des § 11 Ges. vom 28. 6. 1919 (RGBl. S. 615, ArbVers. S. 412) ihren Beitragsteil unmittelbar an die Ersatzkasse einzahlen (2668 S. 379).

Im Verfahren nach § 358 Abs. 1 RVO. ist auch dann zu entscheiden, wenn streitig ist, ob ein Angestellter der Dienstordnung untersteht (2669 S. 380).

B. Zur Krankenversicherung.

Verhältnis des Anspruchs aus § 214 RVO. zur Versicherung auf Grund der Erwerbslosenfürsorge.

Urteil des **Versicherungsamts der Stadt Berlin** (Bez. 9) vom 18. August 1921.

Die Klägerin war vom 1. Februar bis zum 15. Juni 1921 als Kontoristin der Firma Sch. bei der beklagten Allg. Ortskrankenkasse der Stadt Berlin in der 9. Lohnstufe gemeldet. Nach Ausscheiden aus der Beschäftigung versicherte sie sich freiwillig weiter. Gleichzeitig nahm sie die Erwerbslosenfürsorge Berlin-Wilmersdorf in Anspruch und wurde von dieser auf Grund einer allgemein nach § 12 b Abs. 1 RVO. über Erwerbslosenfürsorge mit der Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin-Wilmersdorf getroffenen Vereinbarung bei dieser Kasse in Stufe 3 b angemeldet. Am 1. Juli 1921 kam sie nieder. Am 14. Juli 1921 erhielt sie von der Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin-Wilmersdorf die satzungsmäßige Wochenhilfe. Sie behauptet, auf Grund der Weiterversicherung bei der Beklagten Anspruch gegen diese auf Wochenhilfe zu haben und hat beantragt, die Beklagte zu deren Leistung an sie zu verurteilen.

Die Beklagte hat Klageabweisung beantragt, weil die Klägerin selber auf ihre Ansprüche aus der Weiterversicherung dadurch verzichtet habe, daß sie am 25. Juli 1921 ihre Beiträge zurückverlangt und auch erhalten habe. Im übrigen sei auch die Weiterversicherung kraft Gesetzes durch ihre Anmeldung seitens der Erwerbslosenfürsorge Berlin-Wilmersdorf bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin-Wilmersdorf erloschen; denn die Versicherung der Erwerbslosen sei als eine Pflichtversicherung aufzufassen. Nach § 12 b Abs. 4 seien Leistungen aus dem § 214 RVO. neben Leistungen aus § 12 b Abs. 3 nicht zulässig.

Die Allgemeine Ortskrankenkasse Berlin-Wilmersdorf, als Beteiligte gehört, hat den Tatbestand bestätigt und noch angeführt, die Klägerin habe bei ihr erklärt, sie wolle die Erwerbslosenfürsorge veranlassen, die Meldung bei ihr zurückzuziehen und die Weiterversicherung bei der Beklagten fortbestehen zu lassen. — Das Versicherungsamt verurteilte die beklagte Allgemeine Ortskrankenkasse der Stadt Berlin zur Zahlung von 532,50 M. — Gründe:

Der Klägerin kann darin nicht beigetreten werden, daß ihre Weiterversicherung bei der Beklagten zu Recht besteht. Das Bezirksamt Berlin 9 hat als Träger der Erwerbslosenfürsorge gemäß § 12 b Abs. 1 RVO. über Erwerbslosenfürsorge vom 13. November 1918 in der Fassung der Bekanntmachung vom 26. Januar, 6. Mai, 11. August 1920 mit der Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin-Wilmersdorf vereinbart, daß bei ihr alle vom Bezirksamt zu unterstützenden Erwerbslosen versichert werden. Die Klägerin hatte allerdings das Recht, hiervon abweichend ihre Weiterversicherung bei der Beklagten herbeizuführen. Die formale Voraussetzung hierfür ist aber nach § 12 d Abs. 1 a. a. O., daß der Erwerbslose es bei dem Bezirksamt binnen drei Wochen nach Beginn der Erwerbslosenunterstützung beantragt. Das hat die Klägerin nicht getan. Dieser formelle Mangel kann dadurch, daß die Klägerin die Erklärung der Weiterversicherung bei der Beklagten abgegeben hat, nicht geheilt werden. Deshalb besteht ihre Versicherung in Stufe 3 b der Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin-Wilmersdorf zu Recht.

Neben dem Anspruch aus dieser Versicherung besteht gegen die Beklagte noch ein Anspruch aus § 214 RVO. Nach der ausdrücklichen Vorschrift des § 12 b Abs. 4 RVO. über Erwerbslosenfürsorge gilt dieser Anspruch aber nur soweit, als dem Erwerbslosen keine Doppelleistung zusteht; ebenso Krause, Erläuterungen zur Reichsverordnung über Erwerbslosenfürsorge, Anm. 13 zu § 12 b und „Arbeiter-Versorgung" 1921 S. 459 Ziff. 3. Die entgegenstehende Ansicht der Beklagten widerspricht dem klaren Wortlaut der Bestimmung.

Der Anspruch gegen die Beklagte aus § 214 RVO. würde sich, da die Wochenhilfe nach dem Gesetz über Wochenhilfe und Wochenfürsorge vom 26. Sep-

Digitized by Google

tember 1919 in der Fassung der Bekanntmachung vom 22. Mai 1920 eine Regelleistung ist, wie folgt berechnen: a) einmaliger Beitrag (§ 195a Ziff. 1 RVO.) 50 M., b) Wochengeld (a. a. O. Ziff. 2) 10,50 × 71 = 745,50 M., zusammen 795,50 M. Der Anspruch gegen die Allgemeine Ortskrankenkasse Berlin-Wilmersdorf nach § 12b Abs. 3 RVO. über Erwerbslosenfürsorge berechnet sich auf a) einmaligen Beitrag 50 M., b) Wochengeld 3 × 71 = 213 M., zusammen 263 M. Es verbleibt also zu ihren Gunsten ein Rest von 532,50 M.

Versicherungsfreiheit nach § 169 RVO. ist nicht anzurechnen als Zeit der Versicherung im Sinne des § 195a RVO.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 24. Februar 1921 (IIa K. 5/21).

Die Klägerin ist vom 1. Januar 1914 bis zum 30. April 1919 als Küchenmädchen in Berlin beschäftigt gewesen. Sie war zunächst auf Grund des § 169 RVO. versicherungsfrei, wurde jedoch infolge der Verordnung über Krankenversicherung vom 3. Februar 1919 (RGBl. S. 191) mit dem 17. Februar 1919 krankenversicherungspflichtig und nunmehr von ihrer Arbeitgeberin zur Allgemeinen Ortskrankenkasse angemeldet. Nach ihrem Ausscheiden aus dem Arbeitsverhältnis hat sie die Versicherung freiwillig fortgesetzt. Am 3. August 1919 ist sie von einem Kinde entbunden und hat einen Anspruch auf Wochenhilfe geltend gemacht. Die Kasse hat jedoch den Anspruch abgelehnt, weil die Klägerin zur Zeit der Niederkunft noch nicht sechs Monate gegen Krankheit versichert gewesen sei. Das Versicherungsamt ist der Auffassung der Kasse beigetreten und hat die Klägerin mit ihrem Anspruch abgewiesen. Auf Berufung der Klägerin hat das Oberversicherungsamt (Spruchkammer) die Sache gemäß § 1693 RVO. zur grundsätzlichen Entscheidung an das Reichsversicherungsamt abzugeben. Nach seiner Rechtsauffassung erachtet es das Oberversicherungsamt für möglich, die Zeit, während der eine Befreiung nach § 169 RVO. erfolgt war, bei der Berechnung der Wartezeit der Zeit einer versicherungspflichtigen Beschäftigung gleichzustellen. Das Reichsversicherungsamt hat die Berufung zurückgewiesen aus folgenden Gründen:

Die Fassung des § 195 RVO., nach der ausdrücklich als Voraussetzung eine Versicherung von mindestens sechs Monaten auf Grund der Reichsversicherung oder bei einer knappschaftlichen Kasse gegen Krankheit verlangt wird, schließt es aus, darunter auch eine Zeit der Versicherungsfreiheit im Sinne des § 169 RVO. zu begreifen. Die gleiche Erwägung hat bereits der Entsch. 2222 (Amtl. Nachr. 1916 S. 575) zugrunde gelegen. Es ist zwar richtig, daß diese Vorschrift unter Umständen eine Härte bedeutet. Darüber ist sich aber der Gesetzgeber bei ihrem Erlaß nicht im unklaren gewesen. So hat auch weiblichen Personen, für deren Tätigkeit erst am 1. Januar 1914 die Versicherungspflicht eingeführt war, kein Anspruch auf Wochenhilfe zuerkannt werden können, wenn die Niederkunft vor Ablauf von sechs Monaten seit jenem Zeitpunkte eingetreten war (zu vgl. Entsch. 1989, Amtl. Nachr. 1915 S. 429). Alle sich hieraus ergebenden Bedenken haben bei Erlaß der bereits im Krankenversicherungsgesetz (§ 20) enthaltenen Vorschrift zurücktreten müssen gegenüber der Erwägung, daß im allgemeinen nur eine dem Anspruch auf Unterstützung voraufgegangene längere Dauer der Kassenmitgliedschaft die Kassen vor Ausbeutung zu schützen vermöge.

Im gleichen Sinne wird die Frage für die in dieser Beziehung gleichlautende Vorschrift des § 195a in der Fassung der Gesetze vom 26. September 1919 (RGBl. S. 1757) und vom 30. April 1920 (RGBl. S. 853) übereinstimmend in der Literatur beantwortet (zu vgl. Hoffmann, Gesetz über Wochenhilfe und Wochenfürsorge vom 26. September 1919 Anm. 3 Abs. 1 zu § 2; Krause, Wochenhilfegesetz vom 22. Mai 1920, Anm. 5 zu § 2; Jaeger, die Wochenhilfe, Kommentar Anm. 7 zu § 195a RVO.). Im übrigen erscheint dies Ergebnis auch insofern nicht unbillig, als der Klägerin, wenn sie versicherungsfrei nach § 169 RVO. geblieben wäre, auch kein Anspruch auf Wochenhilfe zugestanden haben würde.

C. Zur Unfallversicherung.

Unfall auf der Rückfahrt vom Markt.

Rekursentsch. des **bayer. Landesversicherungsamts** vom 5. Oktober 1920 (A 59/20).

Das Oberversicherungsamt geht zutreffend davon aus, daß die von der Rekursklägerin am 9. November 1918 unternommene Fahrt nach N., da sie den Zweck hatte, Erzeugnisse der eigenen Landwirtschaft auf dem Markte zu verwerten, dem Betriebe dieser Landwirtschaft zuzurechnen ist und daß folglich an und für sich das gleiche auch von der Rückreise gilt. Gleichwohl versagt es der Klägerin hinsichtlich des ihr auf der Rückreise zugestoßenen Unfalls den Schutz der Versicherung, weil sie durch die Verzögerung der Rückreise die Betriebstätigkeit unterbrochen habe.

Diese Anschauung geht fehl. Sie wäre zutreffend, wenn die Klägerin die Rückreise freiwillig, ohne dazu genötigt zu sein und im Interesse von Geschäften, die mit ihrem landwirtschaftlichen Betrieb nicht in Zusammenhang standen, verzögert hätte. Davon kann aber nach den festgestellten tatsächlichen Verhältnissen keine Rede sein. Allerdings war die Klägerin mit dem Verkauf der zum Markt gebrachten Hühner etwa um 9¾ Uhr vormittags fertig gewesen, allein damit hatte sie noch nicht die

Digitized by Google

Möglichkeit, sofort oder nach Einlegung einer Ruhepause nach Hause zurückzukehren. Die Klägerin ist 64 Jahre alt, und es kann ihr nicht zugemutet werden, daß sie im November — also zur schlechtesten Jahreszeit — den 7 Kilometer langen Weg von N. nach ihrem Wohnort zu Fuß hätte zurücklegen sollen, wenn sie die Möglichkeit hatte, zu fahren. Daß im Laufe des Vormittags ein Eisenbahnzug ging, den sie hätte benutzen können, ist von der Gegenpartei nicht behauptet, es war dies auch bei den damaligen äußerst schlechten Betriebsverhältnissen offenbar nicht der Fall. Sie war deshalb nicht in der Lage, die Heimreise früher anzutreten, als sie getan hat, sie hat den Rückweg nicht freiwillig, sondern gezwungen durch die Verhältnisse verzögert und war berechtigt, die ihr gebotene Gelegenheit, mit dem Fuhrwerk des Kaspar F. zu fahren, zu benützen, ohne daß von einer Unterbrechung der Betriebstätigkeit gesprochen werden könnte. Die Rückreise stand daher schon von diesem Gesichtspunkte aus unter dem Schutze der Unfallversicherungsgesetzgebung.

Aber auch, wenn man annehmen wollte, daß die Klägerin die Rückreise sofort nach Beendigung ihrer mit dem landwirtschaftlichen Betriebe zusammenhängenden Angelegenheiten zu Fuß hätte antreten müssen, könnte die angefochtene Entscheidung nicht aufrechterhalten werden. Die Klägerin ist festgestelltermaßen nach dem Verkaufe ihrer Hühner zu dem Getreidehändler B. gegangen, um dort eine Forderung ihres Schwiegersohns für verkauften Weizen einzukassieren, und mußte dort etwa zwei Stunden warten, so daß die Zeit bis zur Abfahrt des F.schen Fuhrwerks vollständig ausgefüllt war.

Das Oberversicherungsamt ist nun der Ansicht, daß diese Tätigkeit keinesfalls unter den Begriff einer landwirtschaftlichen Betriebstätigkeit falle, sondern rein privatwirtschaftlicher Natur sei. Allein mit Unrecht. Dem Betriebe sind (vgl. Amtl. Nachr. 1895 S. 226 Ziff. 1429) grundsätzlich auch diejenigen Handlungen zuzurechnen, die nur mittelbar seinen Zwecken dienen und seine Interessen fördern. Es müssen also regelmäßig auch diejenigen Handlungen, welche auf die Erhaltung und Sicherung des landwirtschaftlichen Besitztums oder des Betriebsinventars gerichtet sind, als Betriebshandlungen angesehen werden. Von diesem Gesichtspunkt aus muß auch das Einkassieren von Geld für verkaufte landwirtschaftliche Erzeugnisse als Betriebstätigkeit anerkannt werden. Um den Betrieb aufrechterhalten zu können, braucht der Landwirt Geld, denn es ist klar, daß es in kürzester Zeit zum Zusammenbruch kommen müßte, wenn ihm die Mittel zur Instandhaltung und Nachschaffung von Inventargegenständen, zur Beschaffung von Saatgut usw. fehlen würden. Die Mittel dazu gewinnt er aber in erster Linie durch die Verwertung der Erzeugnisse seines Betriebes, und es dient also das Einkassieren des Erlöses für verkaufte landwirtschaftliche Erzeugnisse mindestens mittelbar der Förderung des Betriebes und nicht nur der Eigenwirtschaft des Betriebsinhabers (vgl. Handb. der Unfallvers. Bd. 2 S. 23 Nr. 11).

Wenn demnach der Verkäufer des Weizens selbst den Kaufpreis bei B. einkassiert hätte, dann läge zweifellos eine Betriebstätigkeit vor; trifft aber das zu, dann kommt die gleiche Eigenschaft auch der Tätigkeit der Klägerin zu. Denn bei ihr hat es sich um einen ihrem Schwiegersohn in Erwartung von Gegendiensten gleicher oder ähnlicher Art geleisteten Gefälligkeitsdienst gehandelt, der ihrem Betriebe, dem sie die Gegenleistung ihres Schwiegersohns in ähnlichen Fällen sicherte, zuzurechnen ist.

Die Zeit bis zum Antritt der Rückfahrt war also durch Tätigkeiten, die in den Rahmen des landwirtschaftlichen Betriebs der Klägerin selbst fielen, vollständig ausgefüllt, und es kann daher keinesfalls von einer Unterbrechung der Betriebstätigkeit gesprochen werden. (Breithaupt.)

Der Wächter einer Wach- und Schließgesellschaft tritt unter Umständen als Arbeiter in den von ihm bewachten Betrieb ein.

Rek. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** v. 3. März 1921 (3066 Amtl. Nachr. 1921 S. 284).

Der Verletzte unterlag als Wächter in seinem Verhältnis zu dem Unternehmen der K. Wach- und Schließgesellschaft der Unfallversicherung nicht, da Betriebe der Wach- und Schließgesellschaften zu keiner der im § 537 RVO. aufgeführten versicherungspflichtigen Betriebsarten gehören. Er hat den streitigen Unfall aber bei der Bewachung der bei der Beklagten versicherten Fabrikanlagen der K. Maschinenfabrik Aktiengesellschaft in Köln-Kalk erlitten, und es erhebt sich die Frage, ob er bei dieser Tätigkeit in den Betrieb der Fabrik eingetreten war und hierdurch die Haftung der Beklagten begründet wird.

Die Beklagte verneint diese Frage im angefochtenen Endbescheid unter Berufung auf den § 634 RVO. Diese Vorschrift bestimmt für den Fall des Ineinandergreifens versicherter Betriebe, die verschiedenen Genossenschaften angehören, den entschädigungspflichtigen Versicherungsträger, kommt also hier, wo nur ein versicherter Betrieb vorhanden und der Eintritt des Verletzten in ihn, also der Entschädigungsanspruch an sich streitig ist, nicht in Betracht. Auch der Hinweis der Beklagten auf die Ausführungen im Handb. der Unfallvers., 3. Aufl., Bd. 1 S. 133 Anm. 83 zu § 1 GewUnfVersGes. geht fehl. Sie haben die gewöhnliche Diensttätigkeit der Angestellten der Wach- und Schließgesellschaften im Auge, die sich nicht auf die dauernde Bewachung

Digitized by Google

eines einzelnen Grundstücks beschränkt, sondern in dem Abgehen und Beobachten eines ganzen Wachbezirkes, das heißt einer Vielheit von Straßen und Grundstücken besteht. Befindet sich darunter auch ein Grundstück, das den Zwecken eines versicherten Betriebes dient, so ist allerdings nach der ständigen Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts, die insbesondere die Bewachung von Bauten betrifft, ein Eintritt der Angestellten der Wach- und Schließgesellschaften in den versicherten Betrieb, der sich auf dem einzelnen Grundstück abspielt, bei der Ausübung ihres Dienstes in der Regel nicht anzunehmen. Denn bei dieser Art der Bewachung betritt der Wächter auf seinen Rundgängen durch den Wachbezirk das einzelne zu bewachende Grundstück in der Regel nur ein oder wenige Male für kurze Zeit innerhalb einer Nacht. Seine Tätigkeit ist dann auf dem Betriebsgrundstücke keine andere als auf jedem anderen von ihm bei seinem Rundgang zu bewachenden Grundstück; zum Betrieb auf dem einen Grundstück steht sie in keiner engeren Beziehung (zu vgl. Beschl. der Unterabt. III vom 5. Juni 1907 Ziff. 2, Verf. vom 19. Juni 1907 I 7864 und Rekursentsch. vom 30. November 1912 Prozeßliste 9087/12[20], abgedruckt im Kompaß 1912 S. 153 Nr. 234). Mit dieser Stellungnahme hat das Reichsversicherungsamt aber nicht den Eintritt der Angestellten der Wach- und Schließgesellschaften als Arbeiter in einen bewachten Betrieb überhaupt ausschließen wollen, sondern es hat ausdrücklich anerkannt, daß die besonderen Umstände des Einzelfalles diese Annahme wohl gerechtfertigt erscheinen lassen können (zu vgl. Beschl. der Unterabt. III vom 5. Juni 1907 Ziff. 2 letzter Absatz). Solche besonderen Umstände lagen bei der Wachtätigkeit des Verletzten auf dem Fabrikgrundstücke der K. Maschinenfabrik Aktiengesellschaft vor. Diese hatte sich in dem mit der Wach- und Schließgesellschaft abgeschlossenen Vertrage die Stellung besonderer Wächter zur ausschließlichen Bewachung ihrer Fabrikanlagen ausbedungen. Die Auswahl der Wächter stand keineswegs ganz im Belieben der Wach- und Schließgesellschaft, sondern die Maschinenfabrik hatte sich vorbehalten, die Ablösung der gestellten Personen zu fordern, wenn diese ihr nicht genehm sein sollten. Die Wächter hatten sich die ganze Nacht über nur auf dem Fabrikgrundstück der Firma aufzuhalten. Beim Beginne des im Vertrage zeitlich genau vorgeschriebenen Bewachungsdienstes hatten sie sich in das beim Pförtner ausliegende Kontrollbuch der Fabrik einzutragen, und ebenso bei Beendigung des Dienstes. Sie waren also bei dessen Ausübung von der Unternehmerin, der Fabrik, persönlich abhängig. Die tatsächliche Beschäftigung eines Arbeiters für die Zwecke des Betriebes in einem gewissen persönlichen Abhängigkeitsverhältnis erfüllt aber, wie das Reichsversicherungsamt wiederholt zum Ausdruck gebracht hat, den Begriff des Arbeitsverhältnisses im versicherungsrechtlichen Sinne; ein unmittelbares zivilrechtliches Lohnvertragsverhältnis erfordert der Begriff nicht. Sind nun die Wächter und somit auch der Verletzte als Arbeiter des Fabrikbetriebes zu erachten, so ist die Beklagte zur Entschädigungsleistung an den nach § 614 RVO. nach dem Tode des Verletzten bezugsberechtigten Vater verpflichtet.

D. Zur Angestelltenversicherung.

Versicherungspflicht von Krankenschwestern.

Bescheid des **Reichsarbeitsministers** v. 3. Mai 1921 (RArbBl. S. 724).

Die Frage, ob Krankenschwestern auf Grund des Versicherungsgesetzes für Angestellte versicherungspflichtig sind, hängt davon ab, ob ihre Tätigkeit als eine „ähnlich gehobene Tätigkeit" im Sinne des § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte anzusehen ist. Im allgemeinen wird dies der Fall sein, da die Krankenschwestern mit der eigentlichen Wartung und Pflege der Kranken nach Anweisung des Arztes betraut zu sein pflegen. Wo es sich dagegen nur um Wärterinnen handelt, die in der Hauptsache mit niederen Dienstleistungen befaßt sind, entfallen die Voraussetzungen der gehobenen Tätigkeit.

Was sodann die zweite Frage anbelangt, ob für diejenigen Schwestern, die versicherungspflichtig auf Grund des Versicherungsgesetzes für Angestellte sind, für die aber noch keine Beiträge für die vergangene Zeit ihrer Tätigkeit entrichtet sind, die Beiträge rückwirkend nachzuentrichten sind, so ist davon auszugehen, daß die Versicherungspflicht auf Grund des Versicherungsgesetzes für Angestellte mit dem Augenblick einsetzt, mit dem die versicherungspflichtige Beschäftigung beginnt. Es bedarf keiner besonderen Aufnahme in die Versicherung, um die Versicherungspflicht zu begründen. (Zu vgl. Mentzel-Schulz-Sitzler, Komm. zum AVG. Anm. 3 zu § 1.) Mit diesem Zeitpunkt beginnt daher auch die Pflicht zur Beitragsleistung, und falls die Beiträge nicht rechtzeitig entrichtet sind, sind sie demgemäß für die zurückliegende Zeit noch nachzuentrichten, soweit nicht Verjährung eingetreten ist (§ 228 Abs. 1 des AVG. und die „Bekanntmachung über Verjährung der Beitragsrückstände in der Angestelltenversicherung vom 12. Oktober 1917" — RGBl. S. 897).

Dabei ist aber vorausgesetzt, daß nicht aus besonderen Umständen die Beitragspflicht vom Gesetz aufgehoben ist. In dieser Richtung ist für Kranken-

Digitized by Google

schwestern zunächst die „Bekanntmachung über Versicherungspflicht von Angestellten für Beschäftigungen während des Krieges vom 30. September 1916“ (RGBl. S. 1097) von wesentlicher Bedeutung. Danach sind versicherungsfrei solche Personen, die vor dem gegenwärtigen Kriege eine an sich nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte versicherungspflichtige Tätigkeit nicht ausgeübt haben und auch nach Beendigung des Krieges voraussichtlich nicht ausüben werden, hinsichtlich einer nur für die Dauer des Krieges angenommenen, an sich versicherungspflichtigen Beschäftigung. Daß diese Bekanntmachung auch für Schwestern gilt, die im Kriege Sanitätsdienste ausgeübt haben, steht außer Zweifel (zu vgl. Dersch „Die gesamten Abänderungsgesetze zur Angestelltenversicherung“ S. 120 Abs. 3). Im übrigen wird Bezug genommen auf die über die Versicherungspflicht von Krankenschwestern ergangenen Entscheidungen des Oberschiedsgerichts vom 8. Oktober 1919 — P 104/19 — und vom 9. Dezember 1920 — P 228/20 —.

Schließlich kommt noch wesentlich in Betracht, ob die Beitragspflicht etwa auf Grund der „Bekanntmachung, betreffend die Angestelltenversicherung während des Krieges, vom 26. August 1915“ (RGBl. S. 531) entfällt und eine Anrechnung der Beschäftigung ohne Beitragsleistung für Beitragsmonate stattfindet.

Die obige Stellungnahme erfolgt vorbehaltlich der Entscheidung im Beitragsstreitverfahren nach § 210 des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

Beitragszeit als anzurechnende Kriegsdienstzeit.

Entscheidung des **Rentenausschusses Berlin** vom 2. September 1921 (B. 25 D. 21).

Der Angestellte, für den im Mai 1917 ein Pflichtbeitrag zur Angestelltenversicherung gezahlt ist, hat vom 14. Juni 1917 bis zum 15. März 1919 dem Heere angehört. Er war zuletzt in einem Lazarett.

Die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte will die Bundesratsverordnung vom 26. August 1915 lediglich auf die Zeit vom 14. Juni 1917 bis zum 10. Januar 1919 anwenden. Sie stützt sich auf ein Schreiben des Heeresabwicklungsamts Preußen vom 24. Februar 1920, wonach für das alte Friedensheer der 10. Januar 1919 als allgemeiner Demobilmachungstag gilt. Der Angestellte verlangt dagegen auch die Anrechnung der Zeit vom 11. Januar bis zum 15. März 1919 nach der obigen Bekanntmachung.

Dem Antrage des Angestellten war stattzugeben. § 1 der Bundesratsverordnung vom 26. August 1915 lautet: „Die Zeiten, in denen Versicherte im gegenwärtigen Kriege dem Deutschen Reiche Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste geleistet haben, werden, soweit sie in vollen Kalendermonaten bestehen, auf die Wartezeiten und bei Berechnung der Versicherungsleistungen an Ruhegehalt und Hinterbliebenenrenten nach dem Angestelltenversicherungsgesetz als Beitragszeiten angerechnet, ohne daß Beiträge entrichtet zu werden brauchen.“

Die Anrechnung des Kriegs-, Sanitäts- oder ähnlichen Dienstes ist mithin unabhängig davon, ob der entsprechende Dienst im Felde oder in der Heimat, ob er bei einem mobilen oder immobilen Truppenteil geleistet worden ist, wobei auch der Aufenthalt im Lazarett als Kriegsdienst anzusehen ist. Wollte man in dieser Frage Unterscheidungen vornehmen, dann käme man zu einem Ergebnis, das vom Zufall beeinflußt und vom Gesetzgeber nicht gewollt wäre. Außerdem gilt nach der Bekanntmachung, betreffend die Auslegung der Begriffe Friedensschluß und Kriegsende auf dem Gebiete der Arbeiter- und Angestelltenversicherung, vom 25. Mai 1920 (RGBl. S. 1081) als Zeitpunkt der Kriegsbeendigung mangels anderweitiger Bestimmung der 10. Januar 1920 (ObSchGer. vom 24. April 1921 — P. 74/21 — in der Sache G.).

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Der Anschluß an das Deutsche Reich und die Sozialversicherung.

Aus einer Denkschrift der Vorstände der Arbeiter-Unfallversicherungsanstalten Graz, Salzburg und Wien teilen wir nach dem „Arbeiterschutz“ vom 1. 7. 21 folgendes auszugsweise mit:

Für sich allein kann der durch den Frieden von Saint-Germain abgegrenzte deutsch-österreichische Staat auf die Dauer nicht bestehen. Sein Anschluß an das Deutsche Reich ist, da sich das Notwendige schließlich immer durchsetzt, lediglich eine Frage der Zeit. Zu den Maßnahmen, welche geeignet sind, den Anschluß vorzubereiten und seine dereinstige Durchführung zu erleichtern, gehört die Angleichung unserer Gesetze und Einrichtungen an jene des Deutschen Reiches.

Ausbau der Sozialversicherung. — Auf dem Gebiet der Sozialversicherung bedeutet die Angleichung an den im allgemeinen unstreitig vorgeschritteneren Rechtszustand des Deutschen Reiches sicherlich einen Gewinn. Sie wird uns vor allem eine Ausdehnung der Unfallversicherungspflicht und die Einführung der Invaliden-, Alters- und Hinterbliebenenversicherung bringen. Damit wird die Entwicklung freilich noch nicht abgeschlossen sein. Hier wie im Reiche wird die der Verallgemeinerung der Sozialversicherung geltende Bewegung erst zum Stillstand kommen, wenn alle unselbständig Erwerbstätigen und die wirtschaftlich Schwächsten unter

Digitized by Google

den selbständig Erwerbstätigen unter die Versicherung fallen.

Die Möglichkeit, für gewerbliche Vergiftungen die Unfallversicherung eintreten zu lassen, ist nach § 547 RVO. gegeben.

Ein weiterer Schritt nach vorwärts, den auch das deutsche Sozialversicherungsgesetz erst machen müßte, besteht in der Mitversicherung der während des Bestandes des Arbeitsverhältnisses außer jedem Zusammenhang mit dem Betrieb sich ereignenden Unfälle. In der Schweiz ist die obligatorische Versicherung gegen die Folgen der Nichtbetriebsunfälle seit 1. April 1918 eingeführt. Auf Grund der dort gemachten Erfahrungen ist anzunehmen, daß die Belastung durch Nichtbetriebsunfälle rund 20 Prozent der durch Betriebsunfälle verursachten Belastung ausmachen würde. Der bezügliche Beitrag wäre natürlich nicht den Arbeitgebern aufzulasten, da diese Unfälle voraussetzungsgemäß mit dem Betrieb nichts zu tun haben . . . Er müßte, soweit er nicht auf den Staats- oder Landessäckel übernommen würde, von den Versicherten selbst aufgebracht werden. Für die Übernahme des Beitrages oder eines Teiles desselben auf das Staats- oder Landesbudget spricht die zu erwartende Entlastung der öffentlichen Armenpflege. . . .

Die Mitversicherung der Nichtbetriebsunfälle bietet den nicht gering zu schätzenden Vorteil, daß die Notwendigkeit, über das behauptete Unfallsereignis zeitraubende und mit Kosten verbundene Erhebungen einzuleiten, fast in allen Fällen ausgeschaltet wird. Anderseits wird die Entschädigung solcher Fälle gesichert, in denen die bei der Beschränkung der Versicherung auf Betriebsunfälle unvermeidliche Abweisung der Ansprüche als Härte empfunden wird und der Volkstümlichkeit der Sozialversicherung Abbruch tut. . . .

Die Organisation der Unfallversicherung. — Träger der Unfallversicherung sind im Deutschen Reiche die Berufsgenossenschaften, in Deutsch-Österreich territoriale Versicherungsanstalten. Die gleichen Gründe, welche zur Errichtung eigener Berufsgenossenschaften für Teilgebiete des Reiches geführt haben . . ., schließen es aus, daß einfach alle unfallversicherungspflichtigen deutsch-österreichischen Betriebe den bestehenden reichsdeutschen Berufsgenossenschaften zugeteilt werden könnten. Wollte man zur berufsgenossenschaftlichen Organisation der Unfallversicherung übergehen, so müßten zumindest für die stärker vertretenen Gruppen der Industrie und ebenso für die Land- und Forstwirtschaft Deutsch-Österreichs besondere Berufsgenossenschaften errichtet werden. Es würde an die Stelle der territorialen Unfallversicherungsanstalten eine Mehrheit von Berufsgenossenschaften treten, deren jede einen eigenen Vorstand, einen leitenden Beamten, einen Buchhalter, Abteilungsvorstände, Kassenbeamte, Stellvertreter dieser Funktionäre, Ärzte usw. bestellen müßte und die sämtlich ihre Tätigkeit im gleichen Gebiet zu entfalten hätten. Daß diese in ihrer Gesamtheit einen größeren Verwaltungsaufwand zu bestreiten hätten als die drei bestehenden Territorialanstalten, steht außer Frage. Noch in einer anderen Hinsicht würde sich der Wechsel der Organisationsform als ökonomisch erweisen. Die Invaliden-, Alters- und Hinterbliebenenversicherung, deren Einführung neben ihrer Notwendigkeit an sich schon zur Angleichung an den Stand der reichsdeutschen Sozialversicherung unaufschiebbar ist, findet nur in territorialen Unfallversicherungsanstalten geeignete Stellen für ihre Durchführung, eventuell für die Mitwirkung dabei. Im Deutschen Reiche war man genötigt, zur Besorgung dieser Versicherung eigene Anstalten auf territorialer Grundlage zu schaffen. Das Ideal der Organisation der Sozialversicherung ist: Einheitskassen für die Krankenversicherung, die zugleich als lokale Organe der Unfall-, Invaliden-, Alters- und Hinterbliebenenversicherung fungieren und nebstbei Geschäfte anderer Zweige oder sozialen Verwaltung (zum Beispiel betreffs der Arbeitslosenversicherung) besorgen; territoriale (Einheits-) Anstalten für die Durchführung der Unfall-, Invaliden-, Alters- und Hinterbliebenenversicherung.

Schließlich darf auch nicht übersehen werden, daß der mit der territorialen Organisation verbundene Ausgleich der verschiedenen Risiken sich in Krisen einzelner Industrie- oder Gewerbezweige als Retter der Versicherungsträger und damit der Versicherungsinteressenten bewähren kann.

Um die Leistungsfähigkeit der territorialen Versicherungsanstalten nicht in Gefahr zu bringen, empfiehlt es sich, die gegebene Territorialeinteilung beizubehalten und von einer Zerlegung der mehrere Länder umfassenden Anstaltsterritorien trotz der in jüngster Zeit eingetretenen Erstarkung der Länderautonomie sowie der Länderabsonderungsbestrebungen unbedingt abzusehen. Aus dem gleichen Grunde ist die Zuweisung der neu in die Unfallversicherungspflicht einzubeziehenden Berufsgruppen, darunter der Land- und Forstwirtschaft, an die bestehenden Territorialanstalten geboten. . . .

Das Finanzsystem. — Im Deutschen Reiche besteht bekanntlich das Umlage-, bei uns das Prämiensystem. Die deutschen Berufsgenossenschaften legen im allgemeinen die zur Bestreitung der Entschädigungsleistungen und der Verwaltungskosten erforderlichen Beträge nebst einem zur Ansammlung einer Sicherheitsrücklage bestimmten Zuschlag alljährlich nach dem Verhältnis der anrechenbaren Löhne und nach dem Gefahrentarif auf die einzelnen Betriebe um. Bei uns wird ein nach der Unfallsgefahr der Betriebe abgestufter, in Prozenten des anrechenbaren Arbeitsverdienstes ausgedrückter fester Beitrag eingehoben, der die Bedeckung aller in der Versicherungsperiode begründeten Versicherungsleistungen und der Verwaltungskosten einschließt.

Über die Vor- und Nachteile beider Systeme ist seinerzeit viel gestritten worden. Der Streit war aber seit Jahren verstummt. In der Tat könnte heute der Übergang vom Prämiensystem mit Kapitaldeckung zum Umlageverfahren mit Rücklagen nicht einmal vorübergehend für unsere Industrie jene wesentliche Erleichterung der Versicherungslast zur Folge haben, die immer als Hauptvorzug des Umlageverfahrens gepriesen wurde.... (Dies wird zahlenmäßig belegt.)

Der Abstand zwischen unserem Prämien- und dem Umlagesatz im Deutschen Reiche ist, wie gezeigt, nicht erheblich. Betrachten wir aber einmal die Wirkung der beiden Systeme! (Es folgt wieder ein zahlenmäßiger Vergleich, der ergibt, daß die jährlichen Barentschädigungen im Jahre 1918 bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften in Deutschland durch die Rücklagen etwa 4½fach, bei der niederösterreichischen Unfallversicherungsanstalt aber 8½fach gedeckt gewesen seien.) . . . Man braucht nur an die Möglichkeit eines mehrjährigen Stillstandes ganzer Industriezweige zu denken, um einzusehen, daß die weitaus stärkere Fundierung unserer Versicherungsträger mit dem geringen Unterschied in der Höhe der Versicherungsbeiträge nicht zu teuer erkauft ist.

Digitized by Google

Die Invalidenversicherung ist auch in Deutschland auf dem Prämiensystem mit Kapitaldeckung aufgebaut. Die wünschenswerte organisatorische Zusammenfassung der Unfall- und der Invalidenversicherung wird durch Übereinstimmung des Finanzsystems beider Versicherungszweige erleichtert.

In Deutschland kommt man übrigens nicht auf der ganzen Linie mit der Umlage der Barzahlungen und der zur Bestreitung der Verwaltungskosten und zur Ansammlung der Rücklage erforderlichen Zuschläge aus. Die Tiefbauberufsgenossenschaft legt an Stelle der Barzahlungen den Kapitalswert der Renten um, die für im Geschäftsjahr vorgekommene Unfälle zu zahlen sind; die Zweiganstalten für Bauarbeiten, ferner Zweiganstalten und Versicherungsgenossenschaften für Halten von Reittieren oder Fahrzeugen erheben feste Prämien nach dem Kapitaldeckungssystem.

Nach mehr als dreißigjähriger Geltung des Kapitaldeckungsverfahrens dieses zu verlassen, wäre ein schwerer Fehler. Ihn zu vermeiden ist leicht, da ja die derzeitigen Verhältnisse im Reiche beweisen, daß selbst bei einheitlicher Gesetzgebung verschiedene Finanzsysteme nebeneinander (bei verschiedenen Anstalten) bestehen können. . . .

Schrifttum.

Die Arbeiterfrage. Von Professor Dr. Heinrich Herkner. Siebente, erweiterte und umgearbeitete Auflage. Berlin u. Leipzig, Vereinigung wissenschaftl. Verleger, Walter de Gruyter & Co. Zwei Bände, 584 und 624 Seiten. Preis je 45 M.

Die sechste Auflage dieses aufschluß- und gedankenreichen Werkes war im Jahre 1916 erschienen und ist damals hier (1916 S. 235) besprochen worden. An einen Überblick über den Inhalt, unter Kennzeichnung der Art der Darstellung, haben wir damals folgendes Urteil geknüpft: „Daß alle Darlegungen und Ausführungen des Verfassers vom Geist der Unparteilichkeit und Gerechtigkeit getragen sind, ist selbstverständlich bei einem Manne, der sein Problem nicht nur unter volkswirtschaftlichen und politischen, sondern auch unter ethischen Gesichtspunkten erfaßt und es nicht nur mit kühlen Verstandeserwägungen, sondern auch mit sittlichen Empfindungen betrachtet." Wenn der Verfasser jetzt im Vorwort der neuen Auflage versichert, daß der Entschluß, sie zu bearbeiten, ihm schwerer als sonst geworden sei, da alle objektiven und subjektiven Bedingungen fehlten, um den ungeheuren Erlebnissen der letzten Jahre auch nur in bescheidenstem Maße gerecht zu werden — so ist dies nur ein Zeugnis mehr für den Wesenszug seiner Arbeitsweise, für die hohe Gewissenhaftigkeit, die ihn zu strengsten Ansprüchen an sich selbst zwingt. Wir stehen den Kriegsverhältnissen zeitlich noch zu nahe und noch zu sehr erschüttert, leidend und sorgenvoll, inmitten der Wirkungen des Krieges und des Scheinfriedens, noch zu sehr inmitten einer Fülle von Irrungen und Wirrungen, von Unfertigkeiten, Unklarheiten und Ungewißheiten, die doch in besonderem Maße gerade auch „die Arbeiterfrage" betreffen, als daß wir selbst von dem scharfsichtigsten und abgeklärtesten Forscher ein abgerundetes, deutliches Bild von dem, was erst noch aus dem Chaos zu wirklichem Bestande emporwachsen will und wird, erwarten könnten. So kennzeichnet sich denn die „Erweiterung und Umarbeitung" des Werkes in der neuen Auflage weniger durch eingreifende Änderungen als durch wichtige Ergänzungen.

Im wesentlichen unverändert konnte die große Masse historischen Stoffes bleiben. Wo die Darstellung aber in eine Schilderung und Würdigung gegenwärtiger Zustände mündet, ist die gebotene Überprüfung vollzogen. Ein charakteristisches Beispiel bietet der Abschnitt, der von der Stellung des Arbeiters beim Abschlusse des Arbeitsvertrages handelt. In der vorigen Auflage begann er mit den Worten: „Der Arbeiter ist in der Regel besitzlos." In der neuen Auflage (Bd. I S. 6 ff.) wird die Betrachtung eingeleitet durch den Satz: „Es handelt sich darum, die Lage zu erfassen, in der sich der Arbeiter beim Abschlusse des Arbeitsvertrages befand, ehe noch soziale Reformen einen nennenswerten Einfluß ausübten." Dann heißt es: „Der Arbeiter war in der Regel besitzlos" — und entsprechend ist im weiteren die Darstellung aus der Form des Präsens ins Präteritum übersetzt. Hin und wieder befremdet eine Auslassung. So z. B. wenn in dem Abschnitt über Staat und soziale Reform aus dem Satze (S. 82 der älteren Auflage): „Es ist leicht möglich, daß für die Staatsnotwendigkeiten der großen Politik, für die Entwicklung der Streitkräfte zu Wasser und zu Lande, das ausreichende Verständnis allzu langsam reift" — die einschränkenden Worte „der großen Politik usw." ausgeschieden sind (S. 89 der neuen Aufl.). Oder wenn in dem Abschnitt über „Ethik und Sozialreform" der in den beiden Schlußabsätzen (S. 93 der vorigen Aufl.) ausgedrückte schöne Gedanke fehlt usw.

Reich und wichtig sind die Ergänzungen. Es sei, gleichfalls nur beispielsweise, hingewiesen auf den Schluß der „Betrachtungen über das Verhältnis der sozialen Reform zur Entwicklung der Volkswirtschaft" (Bd. I S. 83 ff.), auf den Abschnitt über das wirtschaftliche Rätesystem (S. 110 ff.), die Ergänzungen zur Organisation des Arbeitsnachweises (S. 138 ff.), die Abschnitte über die Grenzen des Kampfrechts (S. 497 ff.), die Umgestaltung der Arbeitsverfassung im Deutschen Reiche (durch den Rätegedanken, S. 502 ff.) usw. Von ganz besonderem Interesse sind im zweiten Bande die beiden Schlußkapitel über die sozialistische Arbeiterbewegung im und nach dem Weltkriege. Hier ist ein reiches neues Material auf wenig über 100 Seiten, mit glücklicher Stoffbeherrschung und mit bewährtem Sinne für das Wesentliche, gesichtet und zu einer überall fesselnden und von hohem Gerechtigkeitssinne zeugenden Abhandlung über die Bewegung nicht nur in Deutschland, sondern auch in Österreich, Frankreich, England und Rußland, sowie über die internationalen Strebungen und Organisationen der Arbeiterschaft gestaltet. Im Vorwort hebt der Verfasser die wertvolle Hilfe hervor, die ihm von seiner Assistentin, Fräulein Dr. Leubuscher, geleistet worden ist. Sie hat insbesondere die Ausführungen über die neueste Entwicklung in England und Rußland verfaßt, was an den zutreffenden Stellen noch besonders angemerkt ist (S. 548, 583, 606, 618, 564). — Zahlreiche Nachweise von Schriften und anderen Belegen bieten die Möglichkeit näherer Orientierung.

Digitized by Google

Alles in allem ein Werk von hohem Werte für Forschende, Studierende und, da die Arbeiterfrage eine Lebensfrage des Volkes ist, für jeden Staatsbürger.

Die soziale Bekämpfung der Tuberkulose, Rückschau und Ausblick. Von Dr. Paul Kaufmann, Präsident des Reichsversicherungsamts. Berlin 1921, Verlag von Franz Vahlen. 24 Seiten. Preis 2 M.

Ein dünnes Heft mit reichem, wichtigem Inhalt! Die unermüdlichen, weit ausschauenden und erfolgreichen Bestrebungen des Verfassers zugunsten eines vor allem vorbeugenden, schadenverhütenden Wirkens der deutschen Sozialversicherung sind bekannt. Ihnen schließt sich die vorliegende Schrift würdig an. In der Rückschau gibt der Verfasser ein scharf und klar umrissenes Bild von dem, was besonders die Träger der Reichsversicherung auf dem Gebiete der Tuberkulosebekämpfung geleistet haben und von der beklagenswerten Vernichtung eines großen Teils der Erfolge dieser hingebenden Arbeit durch den Krieg und seine unheilvollen Nachwirkungen. Dann weist der Verfasser im Ausblick, umsichtig und anspornend, die Wege für die wieder dringlicher gewordene Bekämpfung der Seuchengefahr und für den gesundheitlichen Wiederaufbau des Volkes. Er legt die Notwendigkeit, aber auch die Möglichkeiten dar, für das verarmte Deutschland bei niedrigsten Ausgaben höchste Leistungen zu erzielen und, unter Festhalten an bewährten Grundsätzen, auf alles irgendwie entbehrliche kostspielige Beiwerk zu verzichten. Das wird im einzelnen umsichtig auf Grund praktischer Erfahrungen und wissenschaftlicher Ergebnisse begründet. Es ist eine zur Tat aufrufende, ermutigende Schrift, deren Motto das Wort sein könnte, das sich in den Schlußsätzen findet: „Völker sterben nur, wenn sie aufhören an sich zu glauben."

Gesetz über Wochenhilfe und Wochenfürsorge. Erläutert von Dr. Fr. Hoffmann, Wirkl. Geh. Oberregierungsrat. Vierte, nach dem Gesetz vom 29. Juli 1921 umgearbeitete Auflage. Berlin 1921, Carl Heymanns Verlag. 92 Seiten. Preis 6 M.

Mit erstaunlicher Schnelligkeit ist diese, durch das neueste Abänderungsgesetz unbedingt nötig gewordene neue Auflage des hier bereits im Jahrgang 1920 S. 657 besprochenen Büchleins kaum sechs Wochen nach dem Inkrafttreten der Gesetzesänderung auf dem Plan erschienen. Die weite Verbreitung der früheren Auflagen, der Ruf des Verfassers als Rechtskenner und seine bewährte Fähigkeit, das Wesentliche und besonders für die praktische Gesetzesanwendung Wichtige herauszuarbeiten und in klaren Sätzen zu beleuchten, verbürgen auch der neuen Auflage die dankbare Aufnahme in dem großen Kreise derjenigen, die an diesem Gegenstande interessiert sind. — Es sei ausdrücklich darauf hingewiesen, daß das Büchlein nicht etwa nur das Änderungsgesetz vom 29. 7. 21, sondern das ganze Wochenhilfegesetz in der aus der neuesten Änderung sich ergebenden Fassung erläutert. Diese neuesten Änderungen sind durch Sperrdruck hervorgehoben. Die Stoffanordnung ist sehr übersichtlich.

Wochenhilfe und Wochenfürsorge nach den jetzigen Bestimmungen (Ges. v. 29. 7. 21) in amtlicher Zusammenstellung mit Darlegungen über mögliche Zweifel, aufgestellt nach Material des Reichsarbeitsministeriums. Herausgegeben 1921 vom Allg. Verbande deutscher Landkrankenkassen (Berlin, Geschäftsstelle Perleberg). Preis 3 M.

Der Reichsarbeitsminister hat es für zweckmäßig erachtet, im Reichsarbeitsblatt die über die Wochenhilfe handelnden Paragraphen der RVO. sowie die Vorschriften über die Wochenfürsorge in ihrer neuen Fassung und unter Klarstellung möglicher Zweifel zusammenzustellen. Einen Abdruck dieser Zusammenstellung und auch der Begründung der Rechtsänderungen enthält das vorliegende dünne Heft, das naturgemäß allen, die mit der Anwendung des Gesetzes zu tun haben, ein willkommenes Hilfsmittel sein wird.

Die Reichs-Sozialversicherung, Zeitschrift des Bundes der Beamten und Angestellten.

Der „Gewerkschaftsbund der Beamten und Angestellten der deutschen Sozialversicherung" ist von den vier Verbänden der Beamten und Angestellten der einzelnen Versicherungszweige am 13. April 1921 gegründet worden und gibt seit dem 1. Juni 1921 die oben erwähnte Halbmonatsschrift heraus. Als seine wichtigste Aufgabe bezeichnet er „die Erhaltung und Förderung des Berufsbeamtentums in den Organen der deutschen Sozialversicherung". Die uns vorliegenden ersten Hefte der Zeitschrift bezeugen aber, daß sie keineswegs einer bloßen Sonderinteressenvertretung dienstbar gemacht wird, sondern daß sie darüber hinaus bemüht ist, ihre Leser über wichtige Vorgänge und Fragen aus den Gebieten aller Versicherungszweige und verwandter Rechtsgebiete sachkundig zu unterrichten. Sie hat daher begründeten Anspruch auf allgemeinere Beachtung.

Das Reichsversorgungsgesetz. Erläutert von Anton Kerschensteiner, Geh. Regierungsrat im Reichsarbeitsministerium. J. Schweitzers Verlag in München. 415 Seiten. Preis 18,50 M.

In der handlichen Form der Schweitzerschen Textausgaben bietet hier ein Kundiger den nicht eben leicht verständlichen Text des Gesetzes mit kurz gefaßten, klaren und wohlerwogenen Erläuterungen dar, in denen vielfach die Begründung des Gesetzes, die Ausführungsbestimmungen und die Rechtsprechung herangezogen sind. Eingefügte Beispiele erleichtern das Verständnis. Eine Einleitung über die Entstehungsgeschichte und die Grundgedanken des Gesetzes wird gleichfalls das Verständnis fördern. In einem Anhang und einem Nachtrag sind Ausführungsbestimmungen und einige mit dem Gegenstande zusammenhängende Gesetze und Verordnungen teils vollständig, teils auszugsweise abgedruckt. Auch Tafeln zur Ermittlung der Rentensätze für Beschädigte und Hinterbliebene fehlen nicht. Das Buch wird dem Praktiker wertvolle Dienste leisten.

Die preußische Gebührenordnung für approbierte Ärzte und Zahnärzte vom 1. September 1920. Von Sanitätsrat Dr. Heinr. Joachim und Justizrat Dr. Alfred Korn. Verlag von Oskar Coblentz in Berlin. 303 Seiten. Preis 80 M., geb. 90 M.

Die Verfasser haben zur preußischen Gebührenordnung v. 15. 5. 96 einen bekannten ausführlichen Kommentar geschrieben, der drei Auflagen erlebt hat und im Jahre 1919 durch einen Nachtrag, enthaltend die Abänderungen für die Kriegszeit, ergänzt worden ist. Seitdem ist die neue Gebührenordnung vom 1. 9. 20 in Kraft getreten mit Geltung vom 1. Ok-

Digitized by Google

tober 1920 bis zum 31. März 1922 (zu vgl. Arb.-Verf. 1920 S. 541). Wir sind also jetzt nur noch etwa ein halbes Jahr vom Außerkrafttreten der neuen Ordnung entfernt. Wenn gleichwohl die Verfasser und der Verlag sich entschlossen haben, den neuen Kommentar noch jetzt herauszubringen, so beruht das wohl auf der Erwartung, daß die Geltungsdauer der Verordnung verlängert werden wird, nur vielleicht mit Änderungen in einzelnen Punkten, die man wieder in einem Nachtrage darreichen könnte, so daß das Buch seinen Wert behalten würde. Diese Erwartung hat viel Wahrscheinlichkeit für sich. Und da das Buch in seiner inneren Anlage wie in seiner äußeren Form sich durchaus an den bewährten Kommentar der alten Gebührenordnung anschließt, übrigens aber auch die neuere Rechtsprechung berücksichtigt, so können wir uns begnügen, auf die Besprechung der 3. Auflage des älteren Buches in ArbVerf. 1916 S. 165 zu verweisen und das dort ausgesprochene Urteil zu wiederholen: Es ist gar kein Zweifel, daß die neue Auflage, wie schon die früheren, nicht nur den Ärzten und Zahnärzten, sondern auch den Gerichten, Anwälten, Verwaltungsbeamten, Versicherungsbehörden und Versicherungsträgern treffliche Dienste leisten kann und wird.

Wir halten uns aber für verpflichtet, den Preis des Buches, auch bei Berücksichtigung der allgemeinen Teuerungsverhältnisse, als einen ungewöhnlich hohen zu bezeichnen. Diese 303 Seiten eines Kommentars zu einer Gebührenordnung kosten (ungebunden) nur 10 M. weniger als das oben besprochene wissenschaftlich hoch bedeutende, genau viermal so starke Werk von Herkner über die Arbeiterfrage!

Rezeptaschenbuch der billigen Arzneiverordnungen für Privat- und Krankenkassenpraxis. Von Professor Dr. Franz Müller und Oberapotheker A. Koffka. Zweite vermehrte und verbesserte Auflage. Leipzig 1921, bei Georg Thieme. Preis 9 M., geb. 10,50 M.

Die erste Auflage ist hier im Heft 21 vom 21. 7. 1921 (S. 418) besprochen. Wir können auf das, was wir dort zur Empfehlung des Büchleins gesagt haben, verweisen. Sein Wert und seine Brauchbarkeit wird am besten dadurch bestätigt, daß die erste Auflage schon nach drei Monaten vergriffen war.

Beantwortung von Anfragen.

Rechtsauskünfte aus unserem Arbeitsgebiet erteilen wir den Beziehern unserer Zeitschrift bereitwillig, ohne indessen eine Verpflichtung oder eine zivilrechtliche Haftung zu übernehmen. Für schriftliche Auskunft wird Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten, und zwar auch dann, wenn nur Bescheid durch die Zeitschrift erbeten, die Sache aber zur Veröffentlichung an dieser Stelle nach unserem Ermessen nicht geeignet ist.

Kein Unfallzuschuß bei landwirtschaftlichen Betriebsunfällen.

1. **Nach K.** Antwort: Der § 573 RVO. steht im ersten Teile des 3. Buches der RVO. unter der Überschrift „Gewerbe-Unfallversicherung", und im zweiten Teile unter der Überschrift „Landwirtschaftliche Unfallversicherung" sind diejenigen Paragraphen des ersten Teils aufgeführt, die entsprechend angewendet werden sollen. Dazu gehört der § 573 nicht (zu vgl. §§ 930 ff.). Auch weiterhin sind Sie im Irrtum. Der Unfallzuschuß — falls er überhaupt in Frage käme — ist nach § 573 nur bis zum Ablauf der 13. Woche zu zahlen; daher kann auch die Ersatzpflicht aus § 576 nicht darüber hinausreichen.

Besondere Abmachungen zwischen einem Arzt und den ihm von der Kasse überwiesenen Versicherten.

2. **Nach Duisburg-Ruhrort.** Frage: Von unserem Kassenarzt wurden einige Mitglieder einem Facharzt für Magenleiden überwiesen. Wir haben dies genehmigt mit dem Bemerken, daß die Kosten zu den Sätzen der Vereinbarungen, wie sie zwischen Krankenkassenhauptverbänden und Ärzten getroffen wurden, übernommen werden. Der Arzt hat uns diese Sätze auch in Rechnung gestellt. Wie wir später erfahren haben, hat er aber den Kranken vor Übernahme der Behandlung erklärt, er behandle nicht zu den üblichen Kassensätzen, sondern nur, wenn die Kranken sich schriftlich verpflichteten, Zuzahlungen zu leisten. Dies haben sie tatsächlich getan und fordern jetzt von uns die Beträge zurück. In einem Falle handelt es sich um 477 M. Zuzahlungen. Die Erstattungen haben wir natürlich abgelehnt. Der Arzt läßt sich auf keine Verhandlungen mit uns ein, er sagt einfach, er könne Abmachungen mit seinen Patienten treffen, wie er wolle. Wir meinen, unsere Pflicht durch Genehmigung der Überweisung getan zu haben, indem wir die notwendige ärztliche Hilfe zur Verfügung stellten. Durfte der Arzt, trotz Annahme der Überweisung, derartige Abmachungen mit den Kassenpatienten treffen? Können diese die Mehrbeträge zurückfordern?

Antwort: An sich ist kein Arzt, der nicht in einem Vertragsverhältnisse zur Kasse steht, verpflichtet, Kassenmitglieder überhaupt oder gegen eine bestimmte, von der Kasse bewilligte Vergütung zu behandeln; vielmehr steht ihm das Recht freier Vereinbarung mit dem Versicherten wie mit anderen, die seine Hilfe nachsuchen, zu. Im vorliegenden Falle waren dem Facharzt Versicherte von der Krankenkasse durch Vermittlung des Kassenarztes überwiesen worden unter der Bedingung, daß die Vergütung den zwischen den Kassenverbänden und den Ärztevereinigungen getroffenen Vereinbarungen entsprechen solle. Der Facharzt konnte dies ablehnen; dann wäre es Sache der Kasse gewesen, für anderweite fachärztliche Behandlung der Versicherten zu sorgen. Indem aber der Arzt die Behandlung, ohne eine Erklärung gegenüber der Kasse, übernahm, hat er stillschweigend sein Einverständnis mit der gestellten Bedingung bekundet, und es war dadurch zwischen ihm und der Kasse durch Antrag und Annahme ein Vertrag zustande gekommen (§ 145 BGB.), der ihn auch gegenüber den

Digitized by Google

Versicherten zur Behandlung gegen jene durch allgemeine Vereinbarungen bestimmten Sätze verpflichtete (§ 328 BGB.). Es verstieß gegen die guten Sitten und gegen Treu und Glauben, daß er sich von den Versicherten gleichwohl Mehrbeträge schriftlich versprechen ließ. Diese Abmachung war daher nichtig (§§ 138, 157 BGB.). Die Kasse ist nicht verpflichtet, den Versicherten jene Mehrbeträge zu erstatten. Die Versicherten können sie aber, als ohne rechtlichen Grund gezahlt, von dem Arzte zurückfordern (§ 812 BGB.).

Sterbegeld bei Tod nach Ausscheiden aus der Krankenkasse (§ 202 RVO.).

3. **Nach Hagen (Westf.).** Antwort: Nach Ihren Angaben nehmen wir an, daß der kranke und arbeitsunfähige Versicherte, nachdem er am 15. 12. 1920 ausgesteuert war, fortdauernd bis zu seinem Tode, am 28. 6. 21, an derselben Krankheit gelitten hat, und daß Ihr Bedenken gegen die Zahlung des Sterbegeldes auf Grund des § 202 RVO. nur darauf beruht, daß die Arbeitsunfähigkeit nicht bis zu dem Tode fortbestanden habe, weil der Versicherte am 1. 1. 21 seine Beschäftigung wieder aufgenommen und sie erst am 8. 2. 21 wieder eingestellt hat. Dies Bedenken ist nicht zwingend. Zwar kann die fast fünfwöchige Beschäftigung nicht als ein bloßer, mißlungener Arbeitsversuch angesehen werden; aber es ist sehr wohl möglich und nach Ihrer Darstellung naheliegend, daß der Versicherte in der angegebenen Zeit nur mit Gefahr der Verschlimmerung seiner fortbestehenden Krankheit gearbeitet hat, also im gesetzlichen Sinne fortdauernd bis zu seinem Tode arbeitsunfähig war (zu vgl. Entsch. des RVA. in ArbVers. 1919 S. 368). Dann wären alle Voraussetzungen des § 202 erfüllt. Sollten in dieser Hinsicht Zweifel tatsächlicher Natur bestehen, so müßten hierüber Erhebungen stattfinden.

Doppelte Leistung der Familienhilfe aus der Versicherung von Vater und Mutter.

4. **Nach Kunnersdorf (Eigen).** Fragen: Ein Satzungsnachtrag über die Familienhilfe hat folgenden Absatz aufgenommen: „Sind beide Ehegatten bei der Kasse versichert, so hat nur einer von ihnen Anspruch auf die für die Kinder festgesetzten Leistungen." Dies hat das Oberversicherungsamt beanstandet, und zwar schreibt es: „Abs. 5 verstößt gegen den Grundsatz der Gleichberechtigung der Versicherten; die Ehefrau zahlt dieselben Beiträge wie die übrigen Versicherten, ihr kann im Erkrankungs- bzw. Sterbefalle daher nicht das Recht genommen werden, auf Grund ihres Versicherungsverhältnisses auch die Leistungen zu beanspruchen, unbeschadet dessen, daß sie der Ehemann schon gefordert hat und umgekehrt." Ist dieser Bescheid begründet? Können wir, wenn wir jenen Absatz weglassen, gezwungen werden, die Leistungen in einem solchen Falle doppelt zu gewähren, daß z. B. für ein Kind zunächst der Ehemann 13 Wochen ärztliche Hilfe und dann die Ehefrau weitere 13 Wochen beansprucht? Müßte im Falle des Todes eines Kindes das Sterbegeld doppelt, also sowohl an den Mann wie auch an die Frau gezahlt werden?

Antwort: Es handelt sich um selbständige Ansprüche jedes der beiden Gatten auf Grund je einer besonderen Versicherung. Solche Ansprüche können sehr wohl nebeneinander bestehen, da es an einer Gesetzesvorschrift, welche dies ausschließt, fehlt. Zu vgl. z. B. die im Heft 23 S. 458 Ziff. 1 angeführten Entscheidungen. Deshalb halten wir die Beanstandung des Oberversicherungsamts für gerechtfertigt und bejahen Ihre beiden Beispielsfragen.

Hat die Krankenkasse, wenn der in ein Krankenhaus Eingewiesene dort stirbt, für die Kosten der Fortschaffung der Leiche aufzukommen?

5. **Nach Ludwigshafen (Rh.).** Frage: Ein Mitglied war in ein auswärtiges Krankenhaus eingewiesen worden und ist dort gestorben. Für Rücktransport der Leiche und Beerdigung mußte die Witwe 391 M. mehr aufwenden, als das Sterbegeld der Kasse betrug. Unseres Erachtens liegt darin eine gewisse Ungerechtigkeit. Denn ohne die Maßnahmen der Kasse wäre der Mann voraussichtlich hier gestorben und hätte die Witwe keine besonderen Aufwendungen für den Transport gehabt. Wir sehen jedoch keine gesetzliche Handhabe, um diese moralische Pflicht zu erfüllen. Oder ließe sich das durch eine entsprechende Erwägung rechtfertigen wie in der Auskunft in ArbVers. 1921 S. 120 Ziff. 8?

Antwort: Die Frage muß verneint werden. In jener Auskunft handelt es sich um die Rückschaffung des lebenden Versicherten aus dem Krankenhause, also um eine Leistung, durch welche die Krankenhauspflege abgeschlossen wird, deren Kosten aber noch zwanglos zu den Kosten dieser Pflege gerechnet werden können. Davon kann nicht die Rede sein, wenn es sich um die Heimschaffung der Leiche des im Krankenhause Verstorbenen handelt. Es kann dahingestellt bleiben, ob die hierdurch entstehenden Kosten unter allen Umständen zu den aus dem Sterbegelde zu bestreitenden Kosten der Beerdigung gehören; keinesfalls darf die Kasse zur Deckung dieser Kosten mehr zahlen als das satzungsmäßige Sterbegeld.

Ansprüche bei Fehlgeburt.

6. **Nach Berlin.** Frage: Die Ehefrau eines Mitgliedes hat im 5. Monat eine Fehlgeburt erlitten, wozu sie ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen mußte. Hat das Mitglied Anspruch nach § 205a auf Ersatz der Arztkosten oder auf 50 M. Entbindungskosten und Wochengeld?

Antwort: Da es sich um den Abgang einer unreifen Frucht handelte, liegt eine Entbindung nicht vor, so daß weder der Entbindungskostenbeitrag noch Wochengeld, sondern nur die Schwangerschaftsbeihilfe nach § 195a Abs. 1 Ziff. 3 RVO. zu zahlen ist (zu vgl. ArbVers. 1920 S. 26 nebst Anmerkung). Die Bezahlung der vollen Arztkosten könnte nur in Frage kommen, wenn ein Anspruch auf Krankenpflege als Familienwochenhilfe (§ 205b Ziff. 1 RVO.) bestände.

Sind Beiträge an eine unzuständige Kasse gezahlt, so steht der zuständigen Kasse kein direkter Rückzahlungsanspruch gegen die andere zu.

7. **Nach Herzogenaurach.** Antwort: Es mag sein, daß die in der Zeit vom 12. 3. bis 24. 5. 1919 mit Kulturarbeiten beschäftigten Arbeiter bei der Landkrankenkasse statt bei der allgemeinen Ortskrankenkasse hätten angemeldet werden müssen. Daraus folgt aber nicht, daß die Landkrankenkasse von der Ortskrankenkasse Herauszahlung der für jene Arbeiter empfangenen Beiträge fordern könnte; die Landkrankenkasse kann sich nur an den beitrags-

Digitized by Google

pflichtigen Arbeitgeber halten, dem es dann überlassen bliebe, die ohne Rechtsgrund an die Ortskrankenkasse gezahlten Beiträge von dieser zurückzufordern — freilich ohne Erfolg, da dieser Anspruch nach § 29 Abs. 2 RVO. mit Ablauf des 30. 6. 20 verjährt ist.

Freie Arztwahl ist ohne Bedeutung, wenn die Kasse gemäß § 184 RVO. Krankenhauspflege wählt.

8. **Nach Mannheim.** Antwort: Wenn der zwischen der Krankenkasse und den Ärzten geschlossene Vertrag bestimmt, daß den Versicherten freie Wahl unter den am Vertrage beteiligten Ärzten zu lassen ist, so ist das ohne jede Bedeutung für die Ausübung des den Kassen durch § 184 RVO. übertragenen freien, pflichtmäßigen Ermessens, die Versicherten in ein Krankenhaus einzuweisen; vielmehr darf jene Vertragsbestimmung nur auf den Fall bezogen werden, daß die Kasse ärztliche Behandlung nach § 183 (§ 205 Ziff. 1) RVO. außerhalb der Krankenhauspflege gewährt. Diese tritt zwar an Stelle der Krankenpflege und des Krankengeldes, ist aber eine davon unterschiedene besondere Gesamtleistung (zu vgl. Hahn, Anm. 2a zu § 184), zu der sich die Kasse, je nach den Umständen des Falles, ohne vorherige Anhörung des Kassenarztes entschließen kann und oft, z. B. im Falle eines dringenden und offenkundigen Bedürfnisses, ohne solche Anhörung zu entschließen in der Lage sein muß. In keinem Falle können daher die Ärzte aus der erwähnten Vertragsbestimmung das Recht herleiten, zu fordern, daß die Kasse „jeden Erkrankten, sofern er es wünscht, zunächst an den von ihm gewählten Kassenarzt überweise". Auch dem Versicherten steht, wenn die Kasse von der ihr durch § 184 RVO. eingeräumten Befugnis Gebrauch macht, ein solcher Anspruch nicht zu.

„Entgelt" bei Beschäftigung als Lehrling.

9. **Nach G.** Fragen: a) Ist ein Lehrling als ohne Entgelt beschäftigt bei der Kasse anzumelden, wenn er nur eine tägliche Geldentschädigung von 1,— oder 1,50 M. erhält? Die Entschädigungssätze betragen gewöhnlich pro Woche 5 bis 10 M. im ersten, 12 bis 15 M. im zweiten und etwa 20 M. im dritten Lehrjahre und sind kontraktlich festgelegt. Diese Sätze sind ja nun einerseits zwar noch nicht als Entschädigung für Kost und Wohnung, anderseits aber auch nicht als Taschengeld anzusehen, da doch der Lehrmeister kontraktlich an diese Sätze gebunden ist und der Begriff Taschengeld doch mehr eine freiwillige Ausgabe ist. Würde man sie als Arbeitsentgelt ansprechen, so würde werktäglich z. B. 1,33⅓ M. Krankengeld, also mitunter mehr als die Entschädigung, zu zahlen sein.

b) Ein Lehrling dagegen, der freie Kost und Wohnung bei seinem Meister, aber keine bare Entschädigung, auch kein Taschengeld, erhält, kommt bei Berechnung des freien Unterhalts nach den Ortspreisen (2280 M.) in eine Stufe mit einem Krankengeld von täglich 5,33⅓ M. Nun soll aber nach dem Gesetz keinem mehr Krankengeld zustehen, als er Lohn verdient. Ein wie hoher Betrag wäre unter den jetzigen Verhältnissen bei einem Lehrling als Taschengeld anzusehen?

Antwort: Im allgemeinen wird man allerdings Geldbeträge, die einem Beschäftigten vertraglich zugesichert sind, als Lohn anzusehen haben; aber es lassen sich Fälle denken, in denen eine andere Beurteilung gerechtfertigt ist. So wird man die geringfügigen Beträge im ersten Fall Ihrer Anfrage, trotz der vertraglichen Festlegung, unter den heutigen Verhältnissen als bloßes Taschengeld zum billigen Ausgleich der mit der Beschäftigung verbundenen Abnutzung der Kleider, also nicht als Lohn ansehen dürfen. Ein wie hoher Betrag hiernach bei einem Lehrling nur als Taschengeld anzusehen wäre, läßt sich nicht allgemein sagen, da es hierbei auf die besonderen örtlichen Verhältnisse, auf die Art der Beschäftigung usw. ankommt; aber einen Betrag, der nicht einmal der Hälfte des niedrigsten Grundlohns der Kasse gleichkommt, würden wir als eigentlichen Lohnbetrag nicht ansehen. Im zweiten Falle können wir nicht finden, daß der Lehrling mehr Krankengeld erhalten würde als an Lohn auf einen Arbeitstag entfiele. Denn der Wert des freien Unterhalts von 2280 M. gilt doch als Lohn und beträgt für einen Tag mehr als das Krankengeld von 5,33⅓ M.

Wiederaufleben erloschener Anwartschaft nach Art. 74 EinfGes. mit § 46 Abs. 4 IVG.

10. **Nach Magdeburg.** Frage: Ein Versicherungspflichtiger, der 162 Beiträge geleistet hat, ist infolge Übernahme in das Beamtenverhältnis am 1. Februar 1894 aus der Versicherungspflicht ausgeschieden. Vom 1. Dezember 1912 ab hat er im Alter von 57 Jahren sich freiwillig weiterversichert und bis zum Eintritt seiner Invalidität 434 Beiträge geleistet. Er hat jetzt Antrag auf Invalidenrente gestellt. Wir halten diesen Antrag, auch bei Berücksichtigung des Art. 74 EinfGes. zur RVO., für unbegründet, weil der Rentenbewerber überhaupt keine Anwartschaft auf Invalidenrente gehabt hat, da er als Pflichtmitglied in der Zeit vom 1. Januar 1891 bis 1. Februar 1894 nur 162 Beitragswochen geleistet und mithin die vorgeschriebene Wartezeit von 200 Wochen nicht zurückgelegt hat. Nach unserer Ansicht kann daher bei ihm die Anwartschaft nicht nach Art. 74 EinfGes. mit § 64 Abs. 4 IVG. wieder aufleben, trotzdem er als freiwilliges Mitglied die vorgeschriebene Wartezeit von 200 Wochen zurückgelegt hat.

Antwort: Ihre Ansicht ist irrig. Sie beruht auf einer Verwechslung des Begriffs der Anwartschaft mit Erfüllung der Wartezeit. Anwartschaft ist lediglich der Zustand des Versicherten vor Erwerb des Anspruchs auf Versicherungsleistungen (zu vgl. Hanow-Lehmann, Anm. 3 zu § 1280 und die dort angeführten Entscheidungen). Die Anwartschaft hatte der Versicherte schon dadurch erworben, daß er auf Grund der Versicherungspflicht Beiträge geleistet hatte; er hatte sie dann freilich gemäß § 46 Abs. 1 IVG. verloren, aber später sie nach Abs. 4 wiedererlangt, indem er durch freiwillige Beitragsleistung das Versicherungsverhältnis erneuerte und nunmehr auch die Wartezeit von 200 Beitragswochen zurücklegte. Er hat daher, wenn andere Bedenken nicht bestehen, Anspruch auf die Invalidenrente.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Str. 12.
Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., in Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rossin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Senatspräsident a. D. u. a. m.

Heft 1332 der ganzen Folge.

38. Jahrgang | **21. Oktober 1921** | **Heft 30**

Betriebs- oder Beamtenrätegesetz für die Krankenkassenbeamten und Angestellten?

Von stellvertr. Geschäftsführer F. Hirt in Neuruppin.

Die Reichsverfassung sagt im Artikel 165 Abs. 2, daß die Arbeiter und Angestellten zur Wahrnehmung ihrer sozialen und wirtschaftlichen Interessen gesetzliche Vertretungen in Betriebsarbeiterräten usw. erhalten sollen und im Artikel 130 Abs. 3 heißt es: „Die Beamten erhalten nach näherer reichsgesetzlicher Bestimmung besondere Beamtenvertretungen." Diesen beiden Bestimmungen der Reichsverfassung war von der Reichsregierung durch Vorlage entsprechender Gesetze nachzukommen und so wurde zunächst das Betriebsrätegesetz vom 4. 2. 1920 von der verfassunggebenden deutschen Nationalversammlung beschlossen, während das Gesetz über Beamtenvertretungen, wie es im Entwurf benannt wird, zur Zeit dem Reichstage vorliegt und voraussichtlich im Herbst zur Beratung und Verabschiedung kommt.

Die Angestellten der Krankenkassenverwaltungen fallen ebenso wie die Angestellten bei Behörden unter das Betriebsrätegesetz, denn § 9 Abs. 1 dieses Gesetzes lautet: „Als Betrieb im Sinne dieses Gesetzes gelten alle Betriebe, Geschäfte und Verwaltungen des öffentlichen und privaten Rechts." Verwaltungen des öffentlichen Rechts sind auch die Krankenkassen. Auf Grund der Verordnung des Preußischen Ministers für Volkswohlfahrt vom 15. 5. 1920 (ArbVers. 1920 S. 366) können auch die Kassenangestellten, welchen die Rechte und Pflichten gemeindlicher Beamten übertragen sind, dem Betriebsrätegesetz unterstellt werden, wenn der Kassenvorstand bestimmt, daß diese Kassenangestellten als Angestellte im Sinne des Betriebsrätegesetzes zu betrachten sind und folglich mit den übrigen Kassenangestellten zusammen die Betriebsversammlung zu bilden und den Betriebsrat zu wählen haben. Dieser Beschluß des Kassenvorstandes bedarf aber der Zustimmung des Regierungspräsidenten bzw. in Berlin des Oberpräsidenten. Die Frage, ob die Geschäftsführer der Krankenkassen unter das Betriebsrätegesetz fallen, dürfte durch Schiedsspruch des vorläufigen Reichswirtschaftsrats vom 1. März 1921, welcher zwar den Geschäftsführer einer Berufsgenossenschaft betraf, geklärt sein. Die Geschäftsführer gelten nach § 12 Abs. 2 des Betriebsrätegesetzes nicht als Angestellte im Sinne dieses Gesetzes[1]). Besonders die in den Dienstordnungen der Krankenkassen und Berufsgenossenschaften enthaltene Bestimmung, daß den Geschäftsführern, sofern Gefahr im Verzuge ist, die Befugnis zusteht, nachgeordnete Angestellte vorläufig des Dienstes zu entheben, gibt den Geschäftsführern allen ande-

[1]) Ebenso schon Eltze-Reeck in „Volkstüml. Zeitschr." 1920 S. 135 ff; auch Entsch. des vorl. R. Wirtschaftsrates v. 22. September 20 in „Berufsgenossensch." 1920 S. 165 (Schriftleitung).

Digitized by Google

ren Angestellten gegenüber eine besondere Stellung trotz der weiteren Bestimmung, daß in solchen Fällen der Geschäftsführer innerhalb dreier Tage die Genehmigung des Kassenvorsitzenden oder dessen Stellvertreter einzuholen hat. Zwar steht die gleiche Befugnis auch den ständigen stellvertretenden Geschäftsführern bei den mittleren und großen Kassenverwaltungen in Abwesenheit des Geschäftsführers zu. Da es sich hier jedoch nur um vorübergehende Geschäftsleitung handelt, so bleiben die stellvertretenden Geschäftsführer weiterhin dem Betriebsrätegesetz unterstellt.

Meine Aufgabe soll es nun sein, durch Vergleich festzustellen, ob von den Kassenangestellten dem Betriebsrätegesetz oder dem Gesetz über Beamtenvertretungen der Vorzug zu geben ist und welches Gesetz den besonderen Verhältnissen einer Krankenkassenverwaltung besser Rechnung trägt. Das Betriebsrätegesetz hat größere Bedeutung für die Angestellten privater Betriebe als für die Angestellten von Behörden und öffentlichrechtlicher Körperschaften. Eine der wichtigsten Aufgaben der Betriebsräte, an der Verbesserung der Wirtschaftlichkeit des Betriebes mitzuarbeiten, kommt wohl nur bei privaten Betrieben in Betracht. Die Aufgaben und Befugnisse der Betriebsräte ergeben sich aus § 66 des Betriebsrätegesetzes. Es verbleiben dem Betriebsrat einer Krankenkasse nach Ausschaltung der Bestimmungen, welche nur für die Betriebe mit wirtschaftlichen Zwecken in Frage kommen, folgende Aufgaben: 1. Die Kassenverwaltung vor Erschütterungen zu bewahren bei Streitigkeiten des Kassenpersonals untereinander oder mit dem Kassenvorstand bzw. der Geschäftsleitung und wenn keine Einigung zu erzielen ist, den Schlichtungsausschuß oder eine vereinbarte Einigungs- oder Schlichtungsstelle anzurufen; 2. darüber zu wachen, daß Schiedssprüche eines Schlichtungsausschusses, welche das Kassenpersonal betreffen, durchgeführt werden; 3. gemeinsame Dienstvorschriften für die Kassenangestellten mit dem Kassenvorstand zu vereinbaren; 4. als eine der vornehmsten Pflichten, das Einvernehmen innerhalb der Angestelltenschaft und zwischen dieser und dem Kassenvorstand bzw. der Geschäftsleitung zu fördern; 5. auf die Bekämpfung der Unfall- und Gesundheitsgefahren in der Verwaltung zu achten.

Da sämtliche Mitglieder des Betriebsrates einer Krankenkassenverwaltung Angestellte sind, so ist der Betriebsrat auch gleichzeitig als Angestelltenrat anzusehen und hat demzufolge die im § 78 des Betriebsrätegesetzes genannten Aufgaben zu erfüllen. Er hat mitzuwirken bei der Regelung der Gehaltszahlung, der Festsetzung der Dienststunden und des Urlaubs, Beschwerden der Angestellten zu untersuchen und auf ihre Abstellung in gemeinsamer Verhandlung mit dem Kassenvorstand hinzuwirken und in Streitfällen den Schlichtungsausschuß anzurufen. Ferner hat der Angestelltenrat bei Kriegs- und Unfallbeschädigten für eine den Kräften und Fähigkeiten dieser Beschädigten entsprechende Beschäftigung tunlichst zu sorgen und bei Entlassung von Angestellten nach Maßgabe der §§ 84 bis 90 des Betriebsrätegesetzes mitzuwirken. Strafen des Vorstandes gegen Kassenangestellte auf Grund der Dienstordnung sind gemeinsam mit dem Angestelltenrat nach § 80 des Betriebsrätegesetzes festzusetzen. Die Betriebsobleute in Verwaltungen mit weniger als 20, aber mindestens fünf Angestellten haben die gleichen Befugnisse wie die Betriebsräte mit Ausnahme der Mitwirkung bei Entlassungen.

Die §§ 349 bis 362 RVO., betreffend Angestellte und Beamte der Krankenkassen, gelten weiterhin. Vor Aufstellung der Dienstordnung oder ihrer Abänderung hat der Kassenvorstand nach § 355 RVO. auch jetzt noch sämtliche volljährigen Angestellten zu hören. Bei Streitigkeiten aus dem Dienstverhältnisse der Kassenangestellten, welche auf Grund der Dienstordnung angestellt sind, entscheidet entweder der Schlichtungsausschuß bezw. eine vereinbarte Schieds- oder Einigungsstelle oder das Versicherungsamt und auf Beschwerde das Oberversicherungsamt auf Grund des § 358 RVO.

Digitized by Google

Welches Verfahren vorzuziehen ist, läßt sich nur nach Lage des Falles beurteilen. Streitigkeiten, die aus dem Nebeneinanderbestehen der Vorschriften der Reichsversicherungsordnung und des Betriebsrätegesetzes entstehen, sind nach dem schon erwähnten Erlaß des Preuß. Min. für Volksw. v. 15. 5. 20 im Rahmen der Vorschriften der Reichsversicherungsordnung zunächst durch die Versicherungsbehörden zu entscheiden. Also eine restlose Anwendung des Betriebsrätegesetzes kommt bei den Angestellten der Krankenkassen nicht in Frage.

Nun zum Entwurf des Gesetzes über Beamtenvertretungen. In der Begründung zu diesem Gesetz heißt es, daß die Einrichtung von Beamtenvertretungen zur Wahrung der Rechte und dienstlichen Wünsche der Beamten bei ihren Dienstvorgesetzten einem seit Jahrzehnten gehegten Wunsche der Beamtenschaft entspricht. Man kann dieses Gesetz gewissermaßen als einen Auszug aus dem Betriebsrätegesetz ansehen, der den Verhältnissen einer Behörde und auch einer Körperschaft des öffentlichen Rechts angepaßt ist. Nur hat der dem Reichstag vorliegende Gesetzentwurf nach Ansicht sämtlicher Beamtengewerkschaften einen großen Fehler, worauf ich am Schluß zurückkommen werde. Das Gesetz soll Anwendung finden auf die Beamten des Reichs, der Länder, der Gemeinden und Gemeindeverbände. Von der Reichsregierung ist erwogen worden, ob es gesetzlich zulässig und bejahendenfalls zweckmäßig ist, die Beamten der Körperschaften des öffentlichen Rechts, also auch der Krankenkassen, dem Gesetz zu unterstellen, doch ist man zu der Ansicht gelangt, daß Artikel 130 Abs. 3 der Reichsverfassung den Kreis der Beamten nicht weiter ausdehnen wollte, als Artikel 10 Abs. 3 es tut, welcher nur von Beamten öffentlicher Körperschaften spricht und nicht auch von Beamten der Körperschaften des öffentlichen Rechts. Die Reichsregierung und die Landesregierungen können aber nach § 1 des Beamtenvertretungsgesetzes auch die letztgenannten Beamten nach Maßgabe ihrer Zuständigkeit diesem Gesetz unterstellen. In der Begründung zum Gesetz ist gesagt, daß von Fall zu Fall geprüft werden muß, ob die Unterstellung dieser Beamten unter das Beamtenvertretungsgesetz geboten oder erwünscht erscheint.

Nach dem Beamtenvertretungsgesetz werden Beamtenausschüsse eingerichtet. Die Mitglieder dieser Ausschüsse sollen ebenso wie die Betriebsräte in geheimer, unmittelbarer, nach den Grundsätzen der Verhältniswahl abzuhaltenden Wahl gewählt werden. Bei Verwaltungen mit weniger als 20 Beamten, aber mehr als 5 wahlberechtigten und 3 wählbaren Beamten tritt an die Stelle des Ausschusses ein Vertrauensmann. Die wahlberechtigten Beamten werden in drei Gruppen eingeteilt. Zur ersten Gruppe gehören die Beamten der Besoldungsgruppen I bis IV, zur zweiten diejenigen der Besoldungsgruppen V bis IX und zur dritten Gruppe die Beamten der höheren Besoldungsgruppen. Jede der drei Gruppen wählt gesondert in geheimer und unmittelbarer Wahl aus ihrer Mitte die ihrem Stärkeverhältnis entsprechende Zahl von Mitgliedern. Die Aufgaben und Befugnisse des Beamtenausschusses bezw. Vertrauensmannes sind ähnliche wie die des Betriebs- und Angestelltenrates bezw. Betriebsobmannes der Angestellten bei den Behörden und öffentlich-rechtlichen Körperschaften. Nur fehlt dem Gesetz über Beamtenvertretungen gerade das Wichtigste, nämlich ein durch Schlichtungsausschüsse gesichertes Mitbestimmungsrecht. Wenn nämlich der Beamtenausschuß mit dem Leiter einer Verwaltung nicht zur Verständigung kommt, kann nur ein paritätisch zusammengesetzter Schlichtungsausschuß entscheiden.

Solange im Beamtenvertretungsgesetz nicht Bestimmungen über die Bildung von Schlichtungsausschüssen enthalten sind, wird es wohl kein Krankenkassenbeamter und Angestellter für erstrebenswert halten, diesem Gesetz unterstellt zu werden. Sollte der Reichstag bei der Beratung des Gesetzentwurfes der Forderung der gesamten deutschen

Digitized by Google

Beamtenschaft in dieser Frage nachkommen, dann wäre es zweckmäßig, daß die Berufsorganisationen der Krankenkassenbeamten und Angestellten auf Grund des § 1 Abs. 6 des Beamtenvertretungsgesetzes Schritte wegen der Unterstellung ihrer Mitglieder unter dieses Gesetz unternehmen, denn nach einem Bescheid des Preuß. Min. für Volksw. v. 6. 2. 21 gelten sämtliche Angestellte, die auf Grund der Dienstordnung angestellt sind, als Beamte einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft[1]). Auch wären diejenigen Hilfsarbeiter, die sich im Vorbereitungsdienst für die Anstellung in einer planmäßigen Stelle befinden, als Anwärter gleichfalls dem Gesetz zu unterstellen.

Die Genesendenfürsorge.

Von Stadtrat H. von Frankenberg in Braunschweig.

Als die Landesversicherungsanstalten schon längere Zeit hindurch ihre segensreiche Tätigkeit auf dem Gebiete der Bekämpfung von Tuberkulose, Nervenschwäche und anderer Volkskrankheiten unter Zuhilfenahme zahlreicher Heilstätten und Genesungsheime entfaltet hatten, setzte allmählich in steigendem Umfange auch bei den Krankenkassen das Verlangen ein, sich über den Rahmen der Regelleistungen hinaus durch wirksame, kräftige Maßregeln nützlich zu machen. Schon bei einer Ergänzung des Krankenversicherungsgesetzes hatte man deshalb darauf hingewiesen, daß durch die bisherige Fassung der maßgebenden Vorschriften in unerwünschter Weise die Tätigkeit der Krankenkassen eingeschränkt sei. Die Genesenden (Rekonvaleszenten) könnten, wenn die Notwendigkeit der ärztlichen Behandlung aufgehört habe, nicht mehr als Kranke in gesetzlichem Sinne angesehen werden, daher stehe ihnen ein Krankengeld nicht mehr zu; es käme aber für ihren Zustand je nach Lage des Falles die Anwendung von Bade-, Luftkuren, Gebirgs-, Seeaufenthalt usw. in Betracht, und es sei nicht ausgeschlossen, ihnen eine Geldbeihilfe zu gewähren, die man nur nicht als Krankengeld bezeichnen dürfe, weil die Voraussetzungen dafür nicht mehr vorlägen.

So wurde denn bereits durch die Novelle zum KrVersGes. in § 21 Nr. 3a die Genesendenfürsorge eingeführt, und in § 187 Nr. 2 der RVO. ist ebenso die Regelung in der Weise erfolgt, daß die Satzung Fürsorge für Genesende, namentlich durch Unterbringung in einem Genesungsheime, bis zur Dauer eines Jahres nach Ablauf der Krankenhilfe gestatten kann.

Um über die Tragweite dieser Bestimmung uns klar zu werden, müssen wir zunächst feststellen, welche Personen unter „Genesenden" zu verstehen sind. Nach Rosin (Recht der Arbeiterversicherung Bd. I S. 509) rechnet man dazu solche Leute, die krank gewesen sind und noch an einem Zustande örtlicher Schwäche und allgemeiner Empfindlichkeit gegen äußere Einflüsse leiden, der nach dem Aufhören der eigentlichen Krankheit den Übergang zur vollständigen Genesung darzustellen pflegt. Es ist unrichtig, einen Zeitabschnitt darunter zu begreifen, der noch in das Tätigkeitsfeld der Regelleistungen der Krankenkassen hineinragt. Solange Arbeitsunfähigkeit als Folge von Krankheiten, Verletzungen usw. vorliegt, ist die Kasse zum Eintreten verpflichtet, es hätte also nicht der Erwähnung im Gesetze bedurft, daß die Satzung die Fürsorge gestatten könne. Und wenn mancher Arzt im Zweifelsfalle den Fortbezug des Krankengeldes dadurch ermöglichen will, daß er dem Versicherten eine „Schonzeit" zugesteht, so ist dies meistens nur ein ungenauer Ausdruck dafür, daß vorläufig noch Arbeitsun-

[1]) Nämlich im Sinne des Sperrgesetzes! Zu vgl. Arb. Vers. 1921 S. 232 (Schriftleitung).

Digitized by Google

fähigkeit besteht: denn sie ist auch dann gegeben, wenn zwar der Patient bei Aufbietung aller Kräfte, indem er den Heilerfolg leichtfertig aufs Spiel setzt, schon wieder zu arbeiten vermag, wenn aber jeder vor- und einsichtige Sachverständige ihm sagen müßte, daß er besser sich noch einige Tage oder Wochen Erholung gönnen sollte.

Hierauf deutet auch der Ausdruck „nach Ablauf der Krankenhilfe" in § 187 Nr. 2 a. a. O. hin, denn es leuchtet ein, daß eine Genesendenfürsorge, die obigem Tatbestande entspricht, nicht mit der Gewährung der Krankenhilfe begrifflich und zeitlich zusammenfallen kann. Nun ist freilich der Fall denkbar, daß die volle satzungsmäßige Dauer der Krankenhilfe (26 Wochen bis zu einem Jahre) erschöpft wäre, und daß in unmittelbarem Anschlusse daran oder einige Zeit darauf an die Kasse der Antrag auf Gewährung einer Rekonvaleszentenfürsorge heranträte. Diese Entwicklung der Dinge ist aber nicht gerade wahrscheinlich und wird mehr die Ausnahme als die Regel bilden, denn jemand, der die gesamte Dauer der kassenseitigen Krankenunterstützung ausgenutzt hat, ist meistens auch fernerhin als „Ausgesteuerter" ein Gegenstand ärztlicher Behandlung, während glücklicherweise weit häufiger der Fall so liegt, daß im Laufe der ersten 26 Wochen (oder des ersten Krankheitsjahres) das Befinden sich so weit bessert, daß man nur von einem „Genesenden" reden kann.

Außerordentliche Zweifel hat die Fassung des Gesetzes: „Die Satzung *kann* Fürsorge für Genesende . . . *gestatten*" im Hinblick darauf hervorgerufen, daß im allgemeinen das Gesetz oder die Satzung klare, bestimmt umgrenzte Ansprüche zu schaffen liebt, und daß es ungewöhnlich ist, dem Kassenvorstande gewisse Befugnisse in die Hand zu geben, ohne daß im Wege des Streitverfahrens oder durch die Aufsichtsbehörde die Regelung überwacht werden kann. Erinnern wir uns aber, daß die herrschende Meinung bei dem Rechte des Vorstandes, Krankenhauspflege nach § 184 an Stelle der Krankenpflege und des Krankengeldes anzubieten, gleichfalls ein freies Ermessen annimmt, so ist der Standpunkt des Reichsversicherungsamts erklärlich, das in einer Entscheidung vom 1. März 1919 (AmtlNachr. 1919 S. 312 Nr. 2528) es für statthaft hält, durch die Satzung dem freien Ermessen des Kassenvorstandes Spielraum zuzugestehen. Ist dies geschehen, indem die Satzung ähnlich wie das Gesetz davon spricht, daß Genesendenfürsorge gewährt werden *kann*, so ist der Vorstand wegen der Voraussetzungen nicht gebunden und hat das Recht, für den Einzelfall oder besser durch Aufstellung allgemeiner Grundsätze vorzuschreiben, wie vorgegangen werden soll. Wenn er z. B. von versicherungsberechtigten Mitgliedern, die sich in der untersten Lohnstufe weiterversichern, die Zahlung eines angemessenen wöchentlichen Zuschusses zu der kassenseitigen Aufnahme in einem Genesungsheim fordert, so ist gegen die Maßnahme nichts einzuwenden. Auf alle Fälle birgt § 187 Nr. 2 nicht ein Recht, einen *Anspruch* des Genesenden in sich, sondern nur die *Möglichkeit*, die *Befugnis*, ihm über den Rahmen des Gesetzes hinaus entgegenzukommen. Wenn dafür nicht nur der Zustand des Pfleglings, sondern auch die Leistungsfähigkeit der Krankenkasse ausschlaggebend ist, so wird man hiergegen bei der vom Reichsversicherungsamte anerkannten Dehnbarkeit der Vorschrift nichts einwenden können.

Auch die *Art* der Genesendenfürsorge kann dem Ermessen des Vorstandes anheimgestellt bleiben: *Bereitstellung ärztlicher Behandlung oder Auskunft, Arzneien und Heilmittel, Krankenkost* (vgl. § 193 Abs. 2, wo allerdings auch von einer satzungsmäßigen *Mehrleistung* unter diesem Namen die Rede ist), *bare Geldbeihilfe* an die Versicherten selbst oder an ihre Angehörigen (nach Art des Hausgeldes, § 186), vor allen Dingen die im Gesetze selbst erwähnte Unterbringung in einem *Genesungsheim* kommen in Betracht, auch kann letztere Maßregel, ähnlich wie bei Krankenhauspflege, mit der Zahlung eines „Taschengeldes" an die

Digitized by Google

Genesenden verbunden werden (vgl. § 194 Nr. 2 für Krankenhauspfleglinge).

Es ist von besonderer Bedeutung, den Übergang aus dem Genesungsheim in das Erwerbsleben, der sich selten ganz lücken- und reibungslos zu vollziehen pflegt, durch verständiges Entgegenkommen zu erleichtern und die Gefahr zu vermeiden, daß sich der Gesunde nach dem Aufhören der Kassenhilfe erneut der Gefahr, in der er gesundheitlich und wirtschaftlich schwebte, mit lebhaftester Sorge und Beunruhigung bewußt wird. Was helfen all die Mittel, die man angewandt hat, um ihn arbeitsfähig und gesund zu machen, wenn er an der Schwelle des Beginns einer frischen Erwerbstätigkeit Hindernisse zu bekämpfen hat, die ihn leicht mut- und kraftlos machen können! Man stelle sich vor, daß er bei der Entlassung aus dem Genesungsheim über keinen Pfennig verfügt, wenn nicht Ersparnisse, Rücklagen usw. vorhanden sind. Kehrt er nun zu den Seinigen zurück, so dauert es günstigstenfalls wohl eine Woche, bis er in einer sofort gefundenen Beschäftigung den ersten Verdienst (Lohn, Vorschuß usw.) erheben wird. Häufig ist die Sachlage nicht so vorteilhaft, er muß sich gedulden, bis ein Platz für ihn frei wird, und die gute Wirkung, die treffliche Absicht der Genesendenfürsorge wird dadurch in Frage gestellt. Es ist deshalb dringend zu empfehlen, gerade auf diese Übergangszeit sein Augenmerk zu richten und über den toten Punkt hinwegzuhelfen, auf den der Genesende sonst gelangen kann. Die Gewährung von Taschengeld im Genesungsheim mag ganz angenehm für die Pfleglinge sein — unbedingt notwendig ist sie nicht, da voller Unterhalt in der Anstalt geboten wird. Zweckmäßiger ist es, den Hebel der Hilfe da anzusetzen, wo sonst leicht eine Stockung eintritt, nämlich in den Tagen oder Wochen nach der Heimkehr, und wenigstens für ein bis zwei Wochen eine Beihilfe zu leisten, die zur Ergänzung der Kleidung, des Arbeitsgeräts, der Beköstigung usw. sehr willkommen sein wird.

Die Verhältnisse sind so verschieden, und die wirtschaftlichen Kräfte der Krankenkassen sind so ungleich, daß eine einheitliche Regelung in absehbarer Zeit ganz ausgeschlossen ist. Durch das Zusammenwirken mit den Landesversicherungsanstalten, den Berufsgenossenschaften, den Wohlfahrts-, Fürsorge- und Gesundheitsämtern, äußersten Falles auch mit der Armenverwaltung, läßt sich ein möglichst befriedigendes Ergebnis erreichen, das den Erfolg des Heilverfahrens zugunsten des Versicherten, seiner Familie und der Allgemeinheit verstärkt.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Wiedereinsetzung in den vorigen Stand nach § 131 Abs. 2 RVO.

Rev. Entsch. des **Reichsversicherungsamts**, Großen Senats, v. 30. April 1921 (2644 Amtl. Nachr. 1921 S. 330).

...In § 131 Abs. 2 RVO. handelt es sich um eine von einem bestimmten Zeitpunkt an nach rückwärts zu berechnende Frist. Und zwar ist maßgebend der Ablauf der Rechtsmittelfrist. Der Zeitpunkt, von dem aus zurückgerechnet wird, darf also nicht noch innerhalb dieser Frist liegen. Demnach kann nicht, vom letzten Tage der Frist, hier also dem 23. Januar 1920, ab zurückgerechnet werden, da während seines ganzen Laufes die Revision noch hätte rechtzeitig eingelegt werden können, sondern erst vom nächsten Tage, dem 24. Januar 1920, ab. Bei Berechnung der dreitägigen Frist des § 131 Abs. 2 RVO. muß also der letzte Tag der Rechtsmittelfrist mitgezählt werden. Diesen Standpunkt hat auch das Reichsgericht in der vorstehend bezeichneten Entscheidung (Zivils. Bd. 7 S. 315) hinsichtlich der Berechnung der im § 235 Abs. 1 der Zivilprozeßordnung bestimmten dreitägigen Frist eingenommen. In dieser Entscheidung hat es das Reichsgericht ferner für ausreichend erklärt, wenn außer dem letzten Tage der Zustellungsfrist noch ein weiterer Tag zur Besorgung der Zustellung frei bleibt. Es fragt sich deshalb weiter, ob dieser Grundsatz bei Berechnung der dreitägigen Frist des

Digitized by Google

§ 131 Abs. 2 RVO. entsprechend anzuwenden ist. Der Große Senat hat dies angenommen. Allerdings weicht die Fassung des § 131 Abs. 2 RVO. von der des entsprechenden § 235 Abs. 1 der Zivilprozeßordnung ab, und der veränderte Wortlaut schließt nicht aus, daß eine Verlängerung der für das Gebiet der Zivilprozeßordnung maßgebenden Frist im Sinne der Auffassung des verweisenden Senats beabsichtigt war. Für diese Annahme bietet jedoch die Entstehungsgeschichte des § 131 a. a. O. keine Unterlage. Der Gesetzgeber hat den wesentlichen Inhalt der Vorschriften der Zivilprozeßordnung (§§ 233 bis 238) in die Reichsversicherungsordnung übernehmen wollen und ihn gleichzeitig, wie in der Begründung zum Entwurf einer Reichsversicherungsordnung (S. 71) bemerkt wird, „den besonderen Bedürfnissen der Versicherungsverhältnisse angepaßt". Diese Anpassung machte zwar eine Änderung des Wortlauts des § 235 Abs. 1 der Zivilprozeßordnung insofern erforderlich, als der § 131 Abs. 2 RVO. die Übergabe von Schriftstücken an die Post, statt an Zustellungsbeamte vorsieht, die Bedürfnisse des Verfahrens der Reichsversicherungsordnung bedingten aber keine Verlängerung der in der Zivilprozeßordnung bestimmten Übergabefristen. In der Tat enthalten die Gesetzesmaterialien auch keine Andeutung darüber, daß eine solche Fristverlängerung beabsichtigt gewesen sei. Ein entsprechender Hinweis würde aber wohl erfolgt sein, wenn der Gesetzgeber hier entgegen den sonstigen das Gebiet der Sozialversicherung beherrschenden Grundsätzen Formvorschriften in einem strengeren Sinne hätte angewandt wissen wollen als auf dem Gebiete der Zivilprozeßordnung. Hiernach kann der aus nicht näher feststellbaren Gründen erfolgten Änderung der Fassung des § 131 Abs. 2 RVO. entgegen der Auffassung des verweisenden Senats ausschlaggebende Bedeutung nicht beigelegt werden. Dazu kommt, daß der Wortlaut dieser Vorschrift wenigstens nach dem gewöhnlichen Sprachgebrauche der Anlehnung an die Auffassung des Reichsgerichts nicht entgegensteht. Denn nach diesem Sprachgebrauche genügt es im allgemeinen, falls eine Handlung einen Tag vor Ablauf einer Frist, hier vor dem 24. Januar 1920, vorgenommen werden soll, wenn sie im Laufe des vorangegangenen Tages, hier also am 23. Januar 1920, vorgenommen wird. Entsprechendes gilt, falls, wie in § 131 Abs. 2 RVO., eine dreitägige Frist für die Vornahme einer Handlung in Frage kommt. Nach alledem hat der Große Senat zur Begründung des Wiedereinsetzungsantrags nach § 131 Abs. 2 RVO. den Nachweis für ausreichend erachtet, daß das verspätet eingelaufene Schriftstück der Post im Laufe des dritten Tages vor Ablauf der Notfrist zur Bestellung übergeben worden ist (übereinstimmend Hahn, Handb. der Krankenversf., Anm. 3 zu § 131 RVO.). An dem Grundsatz der Revisionsentsch. 2428 (Amtl. Nachr. 1918 S. 290) ist hierbei festzuhalten. Ist die Nichteinhaltung der gesetzlichen Verfahrensfrist auf ein Versehen der Partei bei der Adressierung einer Sendung oder ähnliche von ihr zu vertretende Umstände zurückzuführen, so kann die Wiedereinsetzung auch dann nicht erteilt werden, wenn das verspätet eingelaufene Schriftstück der Post innerhalb der in § 131 Abs. 2 RVO. bezeichneten Frist zur Beförderung übergeben worden ist. Demnach war vorliegend die beantragte Wiedereinsetzung in den vorigen Stand zu erteilen. Denn die verspätet beim Reichsversicherungsamt eingegangene mit ordnungsmäßiger Anschrift versehene Revisionsschrift ist am 21. Januar 1920, also im Laufe des dritten Tages vor dem am 24. Januar 1920 erfolgten Ablauf der Revisionsfrist der Post zur Beförderung übergeben worden. Zwei Tage (der 22. und der 23. Januar 1920) sind zur Beförderung der Revisionsschrift durch die Post freigeblieben. Daß drei volle Tage für diesen Zweck zur Verfügung stehen müssen, wird nicht verlangt.

Anwendung des § 206 BGB. gegenüber dem § 29 Abs. 3 RVO.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts**, Großen Senats, v. 30. April 1921 (2645 Amtl. Nachr. 1921 S. 331).

Es ist davon auszugehen, daß die einjährige Frist des § 1253 RVO. nicht gegen die geschäftsunfähige Klägerin lief, solange sie keinen gesetzlichen Vertreter hatte (zu vgl. Hanow, Kommentar zur RVO., 3. Aufl., Bd. 4, Anm. 13 zu § 1253).

Nach § 29 Abs. 3 RVO. verjährt der Anspruch auf Leistungen der Versicherungsträger in vier Jahren nach der Fälligkeit, soweit dieses Gesetz nichts anderes vorschreibt. Eine Sondervorschrift, wie sie im § 223 Abs. 1 RVO. für die Ansprüche auf Leistungen der Krankenkassen vorgesehen ist, besteht für die Invalidenversicherung nicht. Es fragt sich, ob eine sinngemäße Anwendung der Vorschrift des § 206 Bürgerl. Gesetzb. über die Hemmung der Verjährung, falls eine geschäftsunfähige Person ohne gesetzlichen Vertreter ist, hier zulässig ist. Nach der ständigen Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts sind auf die Verjährung die Vorschriften des Bürgerlichen Rechts ergänzend anzuwenden, soweit das nicht den besonderen Eigentümlichkeiten der Arbeiterversicherung widerspricht (zu vgl. Revisionsentsch. 845 und 1511, Amtl. Nachr. 1900 S. 828, 1910 S. 644). Das Reichsversicherungsamt hat auch bereits in der Revisionsentsch. 2361 (Amtl. Nachr. 1917 S. 514) für den Fall des § 29 Abs. 2 RVO. in Ermangelung abweichender Vorschriften die sinngemäße Anwendung der §§ 202 ff. des Bürgerl. Gesetzb. über Hemmung, Unterbrechung und Wirkung der Verjährung für zulässig erklärt. § 206 Abs. 1 Bürgerl. Gesetzb., der hier in Frage

Digitized by Google

kommt, lautet: „Ist eine geschäftsunfähige oder in der Geschäftsfähigkeit beschränkte Person ohne gesetzlichen Vertreter, so wird die gegen sie laufende Verjährung nicht vor dem Ablauf von sechs Monaten nach dem Zeitpunkt vollendet, in welchem die Person unbeschränkt geschäftsfähig wird oder der Mangel der Vertretung aufhört. Ist die Verjährungsfrist kürzer als sechs Monate, so tritt der für die Verjährung bestimmte Zeitraum an die Stelle der sechs Monate."

Diese Vorschrift wurde in der vorbezeichneten Entscheidung des Vierten Revisionssenats infolge der besonders gearteten Rechtsnatur der Verjährung auf dem Gebiete der Arbeiterversicherung für nicht anwendbar erachtet. Zur Begründung ist insbesondere ausgeführt worden, daß bei der hier streitigen öffentlich-rechtlichen Verpflichtung die Verjährung nicht nur im Falle der Einwendung der Verpflichteten, sondern auch von Amts wegen zu berücksichtigen sei. Diese Erwägung ist jedoch für Fälle der vorliegenden Art unzutreffend. Wie das Reichsversicherungsamt bereits in der Revisionsentsch. 2510 (Amtl. Nachr. 1919 S. 281) dargelegt hat, ist die Verjährung zwar im Falle des § 29 Abs. 1 RVO. von Amts wegen zu berücksichtigen. Anders liegt aber die Sache in den Fällen des § 29 Abs. 3 RVO. Hier steht das öffentliche Interesse der Anwendung des Grundsatzes des Bürgerlichen Rechts, daß die Verjährung nur auf Einrede zu berücksichtigen ist, nicht entgegen. An dieser Auffassung, die in der vorbezeichneten Entscheidung für das Gebiet der Krankenversicherung ergangen ist, ist auch für das Gebiet der Invalidenversicherung festzuhalten. Hierdurch ergibt sich vorliegend die Anwendbarkeit des § 206 Abs. 1 des Bürgerl. Gesetzb. Im übrigen ist auch der Hinweis auf die Literatur in der Entscheidung des Vierten Senats insofern nicht mehr zutreffend, als Hanow (zu vgl. Kommentar zum 1. Buche der RVO., 3. Aufl., Anm. 12 zu § 29) jetzt ebenfalls die Anwendung des § 206 des Bürgerl. Gesetzb. ausdrücklich im Falle des Abs. 3 für zulässig erachtet. Bemerkt wird noch, daß nach vorstehendem auch die Revisionsentsch. 883 (Amtl. Nachr. 1901 S. 201), in welcher der § 206 des Bürgerl. Gesetzb. gegenüber dem § 41 Abs. 3 des Invalidenversicherungsgesetzes für nicht anwendbar erklärt ist, wegen der veränderten Rechtslage, die sich aus der Fassung des § 1253 RVO. ergibt, ihre Bedeutung verloren hat.

Nachprüfung des Wertes der Sachbezüge.

Schreiben des **Reichsarbeitsministers** vom 4. August 1921 (II A 2342).

Der Verband der deutschen Berufsgenossenschaften hat wiederholt Klage darüber geführt, daß die vielfach hinter den wirklichen Preisen zurückbleibende Festsetzung des Wertes der Sachbezüge durch die Versicherungsämter (§ 160 Abs. 2 RVO.) im Umlage- und Entschädigungsverfahren zu Übelständen und Unbilligkeiten führe, und auf die nachteiligen Folgen hingewiesen, die den Unternehmern und den Versicherten aus der ungleichmäßigen und im allgemeinen zu niedrigen Festsetzung der Ortspreise erwachsen. Nach den mir zur Kenntnis gekommenen Fällen erscheint die Klage berechtigt, und ich glaube dem Wunsche des Verbandes, die Landesregierungen zu einer allgemeinen Nachprüfung des Wertes der Sachbezüge erneut anzuregen, entsprechen zu sollen. Um eine Festsetzung nach einheitlichen Grundsätzen zu erreichen, darf ich anheimstellen, die Versicherungsämter im Aufsichtswege anzuweisen, die Versicherungsträger, den Bezirkswirtschaftsrat und Verbände der Arbeitgeber und Arbeitnehmer an den Vorarbeiten für die Festsetzung zu beteiligen.

B. Zur Krankenversicherung.

Einwirkung des Gesetzes vom 29. 7. 21 auf laufende Leistungen aus Entbindungen vor dem 6. 8. 21.

Bescheide: a) des **Reichsversicherungsamts** v. 19. September 1921 (II K. 547/21); b) des **Reichsarbeitsministers** vom 19. September 1921 (II A. I 3284).

a)

Endgültig kann das Reichsversicherungsamt zu der Frage, ob die durch das Gesetz vom 29. Juli 1921 (RGBl. S. 1189) erfolgte Erhöhung der Beträge für Wochen- und Stillgeld auch dann Platz greift, wenn die Entbindung vor dem 6. August 1921 erfolgt ist, erst Stellung nehmen, wenn ein solcher Streitfall im Rechtszuge an das Reichsversicherungsamt gelangt. Vorbehaltlich der Stellungnahme im Rechtszuge vermag aber das Reichsversicherungsamt nicht anzuerkennen, daß der Wortlaut des Gesetzes zwingend für eine Verneinung der vorerwähnten Frage spräche und daß deshalb der Wille des Gesetzgebers, wie er in dem Erlasse des Reichsarbeitsministers vom 18. August 1921 (II A. 2938) bekundet wird, für eine andere Auslegung nicht maßgebend sein könne. Die im Erlaß des Reichsarbeitsministers betonten Gesichtspunkte erscheinen vielmehr auch dem Reichsversicherungsamt wohl beachtlich.

b)

Bei denjenigen Entbindungsfällen, bei denen ein Anspruch überhaupt erst auf Grund des Gesetzes vom 29. Juli 1921 gegeben ist, handelt es sich um Wochenfürsorge für Wöchnerinnen, bei denen ein

Digitized by Google

„Minderbemitteltsein" erst auf Grund der Erhöhung der dabei maßgebenden Einkommensgrenze von 4000 auf 10 000 ℳ besteht. Die Wochenfürsorge ist im Gegensatz zur Wochenhilfe keine Leistung auf Grund eines Versicherungsverhältnisses, sondern eine reine Fürsorgemaßnahme des Reichs. Der Zeitpunkt der Entbindung ist daher bei ihr nicht als der Eintritt eines Versicherungsfalles anzusehen. Die Regel, daß die Leistungspflicht auf Grund eines Versicherungsfalles nur dann eintritt, wenn der Versicherungsfall in der Zeit nach dem Inkrafttreten der einschlägigen Gesetzesvorschrift liegt, hat daher hier nicht zu gelten. Der Umstand, daß in den Kriegsverordnungen sowie in den bisherigen Gesetzen über Wochenhilfe und Wochenfürsorge sich eine ausdrückliche Bestimmung über die Pflicht zu Leistungen in Fällen der gedachten Art findet, steht dem nicht entgegen, denn die Aufnahme einer solchen besonderen Vorschrift ist — soweit nicht Leistungen auf Grund eines Versicherungsverhältnisses in Frage standen — immer nur zur Vermeidung von Zweifeln in der Praxis erfolgt. Hiernach hat also eine Wöchnerin mit einem Einkommen von mehr als 4000 aber weniger als 10 000 ℳ, die vor dem 6. August 1921 entbunden worden ist, den Anspruch auf die für den Rest der Bezugszeit noch fälligen Leistungen der Wochenfürsorge (Wochengeld und Stillgeld).

Anmerkung. Mit dem unverbindlichen Bescheide des Reichsversicherungsamtes (a) werden Krankenkassen und Versicherungsämter nichts Rechtes anfangen können. Daß der Wortlaut des Gesetzes nicht „zwingend" für die Verneinung spreche, bedeutet ungefähr nichts gegenüber der im Bescheide des Arbeitsministers (b) anerkannten, ernstlich gar nicht anzuzweifelnden Rechtsregel; es bedürfte eines zwingenden Wortlautes zur Bejahung, nicht zur Verneinung der Zweifelsfrage. Wenn aber die in dem früheren Erlasse des Ministers betonten Gesichtspunkte vom Reichsversicherungsamt als „wohl beachtlich" bezeichnet werden, so glauben wir nicht unbescheiden zu sein, wenn wir mindestens das gleiche Prädikat auch für unser Vorbringen in Heft 27 S. 528 und 28 S. 549 beanspruchen. Und „wohl beachtlich" erscheint uns auch der Umstand, daß die verneinende Auffassung bisher von unbefangenen Beurteilern mit einer seltenen Einhelligkeit vertreten worden ist, auch von Mitgliedern des Reichsversicherungsamts. Kassen und Versicherungsbehörden werden sich daher auch weiterhin nur von ihrer gewissenhaften Rechtsüberzeugung leiten lassen dürfen, solange nicht das Reichsversicherungsamt in grundsätzlicher Entscheidung die Auffassung des Reichsarbeitsministers gebilligt hat. Daß dies geschehen könne, dies sei — wie Hoffmann in „Ortskrankenkasse" Sp. 570 ausführt und begründet — „kaum anzunehmen".

Keine Anrechnung der Kriegsdienstzeit als Vorversicherung bei der Familienwochenhilfe.

Bescheid des **preuß. Ministers für Volkswohlfahrt** vom 13. April 1921 (III. V. 713).

Die bestehenden Vorschriften bieten keinen Anhalt, dem Ausspruch des P. entgegenzukommen. Eine Anrechnung der Kriegsdienstzeit wie einer vorangegangenen Versicherungszeit würde eine vollständige Neuerung bedeuten. In Frage könnte etwa nur kommen, ob unter Nichtbeachtung der gesamten Kriegsdienstzeit eine vor- und eine nachherliegende Versicherungszeit in ähnlicher Weise zusammengerechnet werden könnte, wie es nach § 2 der Bekanntmachung über Erhaltung von Anwartschaften aus der Krankenversicherung vom 16. November 1916 (RGBl. S. 1279) und nach Nr. II der Verordnung, betr. Krankenversicherung und Wochenhilfe während des Krieges, vom 1. März 1917 (RGBl. S. 200) zugelassen wird.

Das Reichsversicherungsamt hat indessen eine sinngemäße Anwendung der bezeichneten Vorschriften auf die Fälle des § 205a RVO. anläßlich eines ähnlichen Falles bereits als nicht angängig bezeichnet. Hiernach könnte nur eine entsprechende Ergänzung der einschlägigen Vorschriften durch die künftige Gesetzgebung in Frage kommen. Ob für eine solche im Hinblick auf die Zahl der betreffenden Fälle ausreichende Veranlassung vorliegt, will mir indessen zweifelhaft erscheinen. Es schweben zudem zur Zeit Verhandlungen über eine wesentliche Heraufsetzung der Einkommensgrenze, bis zu welcher ein Minderbemitteltsein im Sinne des § 17 des Gesetzes vom 26. September 1919/30. April 1920 anzunehmen ist. Mit einer solchen Heraufsetzung würde das Bedürfnis für eine Maßnahme der oben erwähnten Art noch wesentlich herabgemindert werden.....

Anmerkung: Inzwischen ist die am Schlusse erwähnte Heraufsetzung der Einkommensgrenze bekanntlich erfolgt durch Abänderung des § 17 des Wochenhilfegesetzes gemäß Art. III Ziff. 2 Ges. v. 29. 7. 21 (hier Heft 25 S. 489).

Zur Besoldung der Krankenkassenangestellten.

Erlaß des **preuß. Ministers für Volkswohlfahrt** vom 5. September 1921 (Volksw. S. 417).

In dem Rundschreiben vom 27. Juni d. J., welches der Bund (deutscher Krankenkassenbeamten und Angestellten) an die zuständigen Reichs- und Staatsministerien sowie sämtliche Oberversicherungsämter sandte, werden verschiedene Wünsche hinsichtlich der Anwendung des Sperrgesetzes auf die Besoldung der Krankenkassenangestellten ausgesprochen. Ich bemerke dazu folgendes:

Digitized by Google

Die Eingruppierung der Kassenangestellten gemäß den besonderen Verhältnissen bei den Krankenkassen ist den Oberversicherungsämtern bereits in meinen Erlassen vom 13. und 19. Januar d. J. zur Pflicht gemacht. Mindestgehälter sind für die einzelnen Arten und Stellen der Kassenangestellten allerdings von mir nicht festgelegt worden, wie ich überhaupt in Anbetracht der Verschiedenheit der Verhältnisse und zugunsten des freien Ermessens der mit den örtlichen Zuständen näher vertrauten Oberversicherungsämter davon abgesehen habe, bestimmte Gehaltssätze vorzuschreiben. Es versteht sich indessen von selbst, daß die Kassenangestellten, nachdem die Reichsbesoldungsordnung für sie als maßgebend anerkannt ist, auch einen Anspruch darauf haben, daß sie in ihrer Besoldung nicht schlechter gestellt werden, als es die Gruppeneinteilung und die Bestimmungen des Sperrgesetzes zulassen. Die Angestellten, die nach § 355 RVO. vor Erlaß oder Änderung einer Dienstordnung gehört werden müssen, sind ebenso wie ihre Verbände in der Lage, ihre Ansprüche in dieser Beziehung den Kassenvorständen gegenüber geltend zu machen, und die Oberversicherungsämter können nach § 356 a.a.O. entsprechende Anordnungen treffen.

Was die geforderten Übergangsbestimmungen anlangt, so gestattet das Unterbringungsgesetz vom 30. März 1920 (Gesetzsamml. S. 63) eine Fürsorge, die nach § 2 dieses Gesetzes auch den Kassenangestellten zugute kommen kann. Im übrigen aber wird eine solche Fürsorge für die jetzige Neuordnung der Besoldung nach Maßgabe des Sperrgesetzes ohne Bedeutung sein.

Eine Pensions- und Hinterbliebenenfürsorge werden gleichfalls die Angestellten selbst und ihre Verbände erreichen können, wenn sie sich an die Kassenvorstände und nötigenfalls an die Oberversicherungsämter mit entsprechenden Anträgen wenden. Es steht nichts im Wege, bei Einführung einer solchen Fürsorge zu bestimmen, daß die bereits im Kassendienst verbrachte Zeit auf das pensionsfähige Dienstalter angerechnet wird. Auf diese Weise werden die Angestellten, deren Besoldung jetzt nach Maßgabe des Sperrgesetzes geregelt wird, im allgemeinen keine geringeren Ansprüche auf Ruhegehalt erlangen als solche, für welche eine Ruhegehaltsordnung schon seit längerer Zeit bestand.

Die Beförderungsmöglichkeiten können innerhalb einer Kasse durch Bestimmungen der Dienstordnung geregelt werden. Für den Übertritt eines Angestellten von einer Krankenkasse zur anderen lassen sich allerdings keine allgemeinen Bestimmungen geben. Hier müssen die Gehaltsverhältnisse ebenso wie bei den Gemeindebeamten von Fall zu Fall von der betreffenden Kasse geregelt werden. Dabei ist es jedenfalls zulässig, daß in bestimmten Fällen, zum Beispiel um eine besonders tüchtige Kraft zu gewinnen, die Kasse einem neu zuziehenden Angestellten Umzugskosten zahlt und sein Besoldungs- sowie sein pensionsfähiges Dienstalter unter Anrechnung der bei einer anderen Kasse verbrachten Dienstzeit festsetzt.

Die Oberversicherungsämter habe ich auf diese Gesichtspunkte hingewiesen.

Bei Übersendung dieses Erlasses an die Oberversicherungsämter hat der Minister hinzugefügt:

Ich bemerke ferner: daß ich zu folgenden Regelungen meine Zustimmung gegeben habe:

1. Wenn für einen Kassenangestellten die Besoldung nach einer bestimmten Gruppe der Reichsbesoldungsordnung in gewisser Hinsicht zu niedrig erscheint, so kann bestimmt werden, daß er nach einer Dienstzeit von mehreren (8 oder 10) Jahren in die nächsthöhere Gruppe aufrückt.

2. Wenn in Anbetracht des jugendlichen Alters eines Angestellten die Besoldung in einer Gruppe der Reichsbesoldungsordnung zu hoch erscheint, kann das Anfangsgehalt bis zur Erreichung eines bestimmten Lebensjahres gekürzt werden, und zwar staffelweise, z. B. um 70, 80, 85, 90, 95 v. H. je Jahr bis zum 1. Januar des Jahres, in dem das 28. Lebensjahr vollendet wird.

C. Zur Unfallversicherung.

Weigerung, sich in der dritten Pflegeklasse einer Klinik beobachten zu lassen.

Rek. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 24. November 1920 (Ia 1924/15).

. . . Das Reichsversicherungsamt hatte beschlossen, die von dem vorgenannten Sachverständigen zur Klärung der Streitfrage für notwendig erachtete Beobachtung der Klägerin in der medizinischen Universitätsklinik in Gießen vornehmen zu lassen. Die Klägerin hatte sich auch zur Untersuchung in der Klinik bereit erklärt, eine mehrtägige Beobachtung aber abgelehnt, weil sie die für ihren Zustand erforderliche Nahrung in der Klinik nicht erhalte. Nachdem die Klinik mitgeteilt hatte, daß diese Befürchtungen grundlos seien, hatte sie sich schließlich nach Gießen in die Klinik begeben. Sie sollte dort in die dritte Klasse aufgenommen werden, lehnte es aber ab, weil ihr Zustand ihr nicht gestatte, mit mehreren Personen zusammen zu schlafen, und verlangte die Aufnahme in die zweite Klasse mit dem Anerbieten, die dadurch entstehenden Mehrkosten zu tragen. Als diesem Wunsche wegen Platzmangels in dieser Klasse nicht entsprochen werden konnte, reiste sie wieder ab.

Das Ergebnis der Beweisaufnahme reicht nicht hin, den Entschädigungsanspruch der Klägerin zu begründen . . . Es erschien daher notwendig, eine Untersuchung und Beobachtung vorzunehmen. Von

Digitized by Google

einer mehrtägigen Beobachtung konnte um so weniger abgesehen werden, als auch die um die Erstattung des Gutachtens ersuchte Medizinische Universitätsklinik in Gießen eine mehrtägige Beobachtung in der Klinik für unbedingt erforderlich erklärte.

Der Klägerin kann nun der Vorwurf nicht erspart bleiben, daß sie nicht das Ihrige dazu getan hat, diese Grundlage für die Entscheidung zu schaffen. Das wäre ihre Pflicht gewesen. Denn zur Feststellung der Unfallfolgen ist ein gewisses Maß von Mitwirkung der Versicherten unerläßlich und daher von ihnen zu fordern. Sie müssen den Anordnungen, welche die Versicherungsträger und Behörden in dieser Richtung treffen, nachkommen, wenn dadurch nach Lage der Sache nichts Unbilliges von ihnen gefordert wird (zu vgl. Handb. der Unfallversl., 3. Aufl., Bd. I, S. 252, Anm. 3, Abs. 3 zu § 8 GewUnfGes.). Es war aber keineswegs ein unbilliges Verlangen, daß sich die Klägerin zu mehrtägiger Beobachtung in die Universitätsklinik zu Gießen begebe, zumal da dabei ihren Wünschen hinsichtlich der Zeit und dem Ort der Beobachtung in weitgehendem Maße Rechnung getragen worden war und die Auswahl der Anstalt die Gewähr bot, daß ihr dort eine ihrem Zustand in jeder Hinsicht angemessene Behandlung zuteil werden würde, insbesondere auch hinsichtlich der Verpflegung. Schädliche Wirkungen waren für ihren Gesundheitszustand von dem Aufenthalt in der Klinik nicht zu befürchten. Wenn die Klägerin trotz alledem nach bereits erfolgter Ankunft in der Klinik nur aus dem Grunde, weil sie nicht, wie ihr angeboten wurde, in die dritte Klasse, sondern in die zweite Klasse aufgenommen werden wollte, und ihrem Wunsche wegen Platzmangels in dieser Klasse nicht entsprochen werden konnte, ihre Aufnahme in die Anstalt verweigert und alsbald unverrichteter Sache die Rückreise angetreten hat, so hat sie es sich selbst zuzuschreiben, daß nun nach Lage der Akten entschieden werden muß, die nach der Überzeugung des Senats höchstens nur eine Möglichkeit, aber nicht die für die Begründung des Entschädigungsanspruchs mindestens erforderliche Wahrscheinlichkeit dafür ergibt, daß das Leiden mit der Betriebstätigkeit am 13. Juni 1913 ursächlich zusammenhängt. Die Vorentscheidung konnte deshalb nicht aufrechterhalten werden; sie war aufzuheben und der ablehnende Bescheid der Beklagten wiederherzustellen . . . („Berufsgenossenschaft.")

Begriff der „Übernahme" der Fürsorge nach § 584 RVO.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 26. April 1921 (Ia 1434/207).

Bei der Festsetzung der Rente für die Zeit vom 3. August bis zum 7. September 1918 ist das OVA. davon ausgegangen, daß der Kläger, weil er in dieser Zeit von der Krankenkasse Krankengeld bezogen hat, gemäß § 584 RVO. als völlig erwerbsunfähig zu gelten hat. Diese Entscheidung beruht auf einer rechtsirrtümlichen Auslegung der angezogenen Gesetzesvorschrift. § 584 a. a. O. bestimmt, daß der Verletzte, falls die Genossenschaft zu einer Zeit, für die sie nach § 558 entschädigungspflichtig ist, die Fürsorge für den Verletzten nicht übernommen und für eine solche Zeit die Krankenkasse nach den §§ 182, 184, 185 Krankengeld oder Krankenhauspflege gewährt hat, für diese Zeit als völlig erwerbsunfähig gilt. Wenn die Allg. OKrK. vorliegend in ihrem Schriftsatze vom 17. Juli 1920 den Standpunkt vertreten hat, daß nach § 558 die der BG. obliegende Fürsorge für den Verletzten Rente und Krankenbehandlung umfasse, so beruht das auf einer Verwechslung von Entschädigungs- und Fürsorgepflicht. Nach der Entstehungsgeschichte des Gesetzes (zu vgl. Kommissionsbericht Band 3 S. 60 ff.) ging die Absicht des Gesetzgebers dahin, den Streit über den Umfang der Erwerbsunfähigkeit zu beschränken, wenn die BG. in der Erfüllung ihrer Pflicht nach Ablauf der dreizehnten Woche nach dem Unfall die Fürsorge für den Verletzten zu übernehmen, säumig gewesen ist, da, wie der Antragsteller ausführte, die KrK. nicht selten eintrete in einer Zeit, wo eigentlich die BG. zur Fürsorge verpflichtet sei (zu vgl. Rekursentscheidung 2787, A. N. 1914 S. 460). Hat die Berufsgenossenschaft aber, wie im gegebenen Falle, dem Verletzten bereits eine vorläufige Rente gewährt, so kann zwar über den Umfang der Entschädigungspflicht, die auch die Krankenbehandlung umfaßt, Streit obwalten, aber nicht mehr die Rede davon sein, daß sich die Berufsgenossenschaft schlechthin ihrer Fürsorgepflicht entzogen habe. In der Rechtslehre ist denn auch anerkannt, daß die Fürsorge als übernommen gilt nicht nur bei Gewährung von Krankenbehandlung, sondern auch bei Zahlung eines Vorschusses auf die später festzustellende Rente (zu vgl. Moesle-Rabeling, Kommentar Anm. 3 zu § 584 RVO.); sie wurde von diesem Standpunkt aus jedenfalls durch die Gewährung der vorläufigen Rente geübt, die der Kläger auf Grund des Bescheides vom 9. März 1918 in der nicht unbeträchtlichen Höhe von 30 v. H. bezog. Der Standpunkt der OKrK. würde zu unhaltbaren Ergebnissen führen. Der BG. muß, wenn nach abgeschlossener Heilbehandlung die Nachricht von einer neuerlichen Erkrankung des Verletzten eingeht, das Recht zustehen, nachzuprüfen, ob und bejahendenfalls in welchem Umfange die ärztliche Behandlung als eine Folge des Unfalls anzusehen ist. Die bloße Mitteilung der KrK., daß sie die Krankenbehandlung übernommen habe, ist für den Versicherungsträger der Unfallversicherung nicht bindend. Dementsprechend hat sich die Beklagte auf das bei ihr am 3. August 1918 eingegangene Schreiben der KrK. vom 31. Juli 1918 mit einer Anfrage an den behandelnden Arzt Dr. K. gewandt, der das von ihm erforderte Gutachten unter dem 1. September 1918 erstattet hat. Wenn diese Anfrage auch mit einer Verzögerung von etwa einer Woche abgegangen war, so enthält sie doch keinesfalls eine Ablehnung der ärztlichen Behandlung, sondern verbindet mit dem Ersuchen um Auskunft über den ärztlichen Befund, die Ursache der Krankheit und den Grad der dadurch bedingten Beschränkung der Erwerbsfähigkeit die weitere Anfrage, wie lange

Digitized by Google

die Behandlung voraussichtlich dauern werde und welche Kosten dadurch entständen; sie enthält somit mindestens ein stillschweigendes Einverständnis mit der Behandlung durch den Arzt für den Fall, daß die Krankheit als Unfallfolge anzusehen sein sollte. Eine solche Anordnung ärztlicher Untersuchung müßte aber tatsächlich auch als Übernahme der Fürsorge für den Verletzten gelten, falls diese nicht schon in der Gewährung der Rente zu finden wäre. Nach alledem tritt vorliegend die gesetzliche Vermutung des § 584 RVO. nicht ein; es kommt vielmehr darauf an, in welchem Umfange der Kläger in der Zeit vom 3. August bis zum 7. September 1918 tatsächlich durch seine Krankheit in der Erwerbsfähigkeit behindert gewesen ist. Nach dem Gutachten des Dr. K. ist der Grad dieser Einbuße auf 50 v. H. zu schätzen.

(„Berufsgenossenschaft.")

Anmerkung: In einer Auskunft im Jahrg. 1915 (S. 167, 168 Ziff. 13c) haben wir die bloße „Anordnung der ärztlichen Untersuchung zum Zwecke der Feststellung der Unfallfolgen", weil sie nur auf Ermittlung abziele, nicht als Übernahme der Fürsorge erachtet. Hiermit ist die vorstehende Entscheidung wohl vereinbar, insofern sie ein stillschweigendes Einverständnis der Berufsgenossenschaft mit der Behandlung durch den Arzt für den Fall unterstellt, daß die Krankheit als Unfallfolge anzusehen sein sollte. Hierin liegt die Bewilligung einer Leistung und somit in der Tat bereits eine Übernahme der Fürsorge.

D. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Bekanntmachung über die Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes in der Invalidenversicherung.

Vom 13. September 1921. (RGBl. S. 1265.)

Auf Grund des § 1245 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung in der Fassung des Gesetzes vom 23. Juli 1921 über die anderweite Festsetzung der Leistungen und der Beiträge in der Invalidenversicherung (RGBl. S. 984) wird folgendes bestimmt:

1. — Soweit nachstehend nichts anderes bestimmt ist, gilt für die Zugehörigkeit zu den Lohnklassen als Jahresarbeitsverdienst

bei täglicher Zahlung das Dreihundertfache,
bei wöchentlicher Zahlung das Zweiundfünfzigfache,
bei zehntäglicher Zahlung das Dreißigfache,
bei vierzehntäglicher Zahlung das Sechsundzwanzigfache,
bei monatlicher Zahlung das Zwölffache,
bei vierteljährlicher Zahlung das Vierfache

des gezahlten, auf volle Mark abgerundeten Entgelts. Anzurechnen sind ferner Gewinnanteile und andere Bezüge, die der Versicherte gewohnheitsmäßig erhält, nach dem im vergangenen Kalenderjahre bezogenen Betrage. Für Sachbezüge gilt der nach § 160 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung festgesetzte Wert.

Für unständig Beschäftigte (§ 441 der Reichsversicherungsordnung) gilt als Jahresarbeitsverdienst das Dreihundertfache des Ortslohns.

2. — Diese Vorschriften treten mit dem 1. Oktober 1921 in Kraft.

Annahme dauernder Invalidität wegen Nichtgewährung einer notwendigen Brille.

Rev. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** v. 21. Juni 1921 (2663 Amtl. Nachr. 1921 S. 374).

Das Oberversicherungsamt geht zunächst zutreffend davon aus, daß die Klägerin nur bei Benutzung einer geeigneten Brille das für sie in Betracht kommende Lohndrittel verdienen kann. Diese Feststellung wird genügend gestützt durch das Gutachten des Augenarztes Dr. B. vom 16. Januar 1921. Das Oberversicherungsamt nimmt weiter auf Grund der glaubhaften Erklärung der Klägerin in der mündlichen Verhandlung vor dem Oberversicherungsamt ohne Überschreitung des Rechtes der freien Beweiswürdigung als erwiesen an, daß die Klägerin keine Mittel besitze, um sich die von Dr. B. für nötig erachtete Brille zu kaufen, und daß der Armenverband es abgelehnt hat, ihr eine solche zu beschaffen. Wenn nunmehr das Oberversicherungsamt im Hinblick darauf, daß auch die Beklagte, wie unbestritten, die Lieferung einer solchen Brille ablehnt, die Klägerin für dauernd invalide erachtet hat, so läßt diese Feststellung einen Rechtsirrtum nicht erkennen. Mit dieser Auffassung steht die Entsch. des RVA. vom 3. Januar 1893 (Amtl. Nachr., J. u. A. V. 1893 Ziff. 213 S. 57) entgegen den Ausführungen in der Revisionsschrift nicht ohne weiteres in Widerspruch. Der Tatbestand dieser Entscheidung war insofern anders gelagert, als dort hinsichtlich der Mittellosigkeit des Klägers und der Weigerung des Armenverbandes das Bruchband für ihn zu beschaffen, keine einwandfreie Feststellungen vorlagen. Im übrigen hat aber das Reichsversicherungsamt seitdem die Grundsätze für die Entscheidung der Frage, inwieweit die Invalidität durch geeignete Heilmittel behoben werden kann, in seiner Rechtsprechung weiter ausgestaltet. So hat das Reichsversicherungsamt ausgesprochen, daß ein Versicherter, dessen Erwerbsunfähigkeit nur durch eine Operation beseitigt werden kann, die er ablehne und abzulehnen berechtigt ist, als dauernd invalide anzusehen ist, da für die Beseitigung der Erwerbsunfähigkeit nur zulässige Mittel in Betracht kommen können (zu vgl. Revisionsentsch. 388, Amtl. Nachr. J.u.A.V. 1894 S. 158). Das Reichsversicherungsamt hat weiter in der Revisionsentsch. 1550 (Amtl. Nachr. 1911 S. 433) ausgeführt, daß unter Umständen auch eine Erwerbs-

Digitized by Google

unfähigkeit, die durch ein Heilverfahren beseitigt werden kann, als dauernd anzusehen ist. Dabei werde zu prüfen sein, ob es sich um ein Heilverfahren handele, dessen Durchführung dem Versicherten auf eigene Kosten angesonnen werden kann oder ob ein geeignetes Heilverfahren von anderer Seite (Krankenkasse, Berufsgenossenschaft, Versicherungsanstalt) eingeleitet oder angeboten sei. Bei Berücksichtigung dieser Grundsätze kann es keinem Bedenken unterliegen, auch in einem Falle wie dem vorliegenden dauernde Invalidität anzunehmen, zumal die von der Beklagten aus der vorbezeichneten Entsch. 213 hergeleitete Erwägung, daß der Klägerin die Beschaffung eines so gebräuchlichen Heilmittels wie einer Brille ohne weiteres zugemutet werden müsse, im Hinblick auf die durch den Krieg eingetretene völlige Veränderung der wirtschaftlichen Verhältnisse nicht zutreffend ist. Ob endlich, wie die Beklagte meint, von der Armenverwaltung erwartet werden muß, daß sie die Beschaffung der Brille für die Klägerin übernimmt, ist für die Beurteilung des Anspruchs der Klägerin in diesem Verfahren ohne Bedeutung. Nach allem rechtfertigt sich die Zurückweisung der Revision.

E. Zur Angestelltenversicherung.

Versicherungsfreiheit nach § 9 AngestVersGes. besteht nur für die Dauer des im § 9 Abs. 1 bezeichneten Beschäftigungsverhältnisses.

Beschluß des **Oberschiedsgerichts für AngestVers.** vom 5. Januar 1921 (P. 183/20).

Der § 9 des Versicherungsgesetzes für Angestellte, soweit er hier in Betracht kommt, bestimmt in Abs. 1 und 3:

„Versicherungsfrei sind die . . . im Dienste . . . eines Trägers der reichsgesetzlichen Arbeiter- oder Angestelltenversicherung Beschäftigten, wenn ihnen Anwartschaft auf Ruhegeld und Hinterbliebenenrenten im Mindestbetrage nach den Sätzen einer vom Bundesrat festzusetzenden Gehaltsklasse (§ 16) gewährleistet ist.

Ob eine Anwartschaft als gewährleistet anzusehen ist, entscheidet für die Beschäftigten . . . . im Dienst . . . . eines vom Reiche beaufsichtigten Trägers der reichsgesetzlichen Arbeiter- oder Angestelltenversicherung der Reichskanzler, im übrigen entscheidet die oberste Verwaltungsbehörde desjenigen Bundesstaates, in dessen Dienst die Beschäftigung stattfindet oder in dessen Gebiet . . . . der Träger der reichsgesetzlichen Arbeiterversicherung seinen Sitz hat."

Im Anschluß hieran ist eine Verordnung des Königlich Sächsischen Ministeriums des Innern vom 25. Juni 1915 — Nr. 92 I H — ergangen, welche folgendes bestimmt:

„Nachdem in der vom Ministerium des Innern genehmigten Satzung der Ruhegehaltsklasse (Landeskasse) Sächsischer Orts-, Land- und Innungskrankenkassen bestimmt worden ist, daß lediglich solche Kassenangestellte bei der Landeskasse versichert werden dürfen, denen nur aus einem wichtigen Grunde gekündigt werden kann und denen von ihrer Kasse die Regelleistungen nach §§ 17 bis 48 der Landeskassensatzung oder gleichwertige Leistungen gewährt werden, entscheidet das Ministerium des Innern gemäß § 9 Abs. 3 des Versicherungsgesetzes für Angestellte, daß den bei der Ruhegehaltskasse (Landeskasse) versicherten Angestellten die Anwartschaft auf Ruhegeld und Hinterbliebenenrenten im Mindestbetrage der vom Bundesrate festgesetzten Gehaltsklasse gewährleistet ist.

Diese Entscheidung hat Rückwirkung bis 1. Januar 1913 oder einem späteren Zeitpunkte, wenn die Versicherung bei der Landeskasse vom 1. Januar 1913 oder dem späteren Zeitpunkte an Geltung hat."

Der Beschwerdeführer leitet aus dieser Verordnung seine Befreiung von der Angestelltenversicherung her und hat zur Unterstützung seiner Auffassung noch auf ein Schreiben des Arbeitsministeriums in Dresden vom 14. Januar 1920 Bezug genommen, worin ausgesprochen ist, daß die Versicherungsfreiheit sich auch auf sogenannte fortsteuernde Versicherte beziehe. Darunter werden solche Angestellte verstanden, die bereits sechs Monate lang bei der Landeskasse versichert waren und aus dem Dienst einer angeschlossenen Krankenkasse ausgeschieden sind, ohne in den Dienst einer angeschlossenen anderen Krankenkasse wieder einzutreten. Diese können nach § 5 der Satzung der Ruhegehaltskasse sich die Anwartschaft aufrechterhalten, wenn sie innerhalb dreier Monate nach dem Ausscheiden die Mitgliedschaft beim Vorstande der Landeskasse schriftlich weiter erklären und die Beiträge nach dem Diensteinkommen des letzten Dienstjahres weiterzahlen.

Dieser Auffassung kann, sofern die Versicherungsfreiheit aus § 9 des Versicherungsgesetzes für Angestellte hergeleitet wird, nicht beigepflichtet werden. § 9 des Versicherungsgesetzes für Angestellte gewährt die Versicherungsfreiheit ausdrücklich nur den in den darin bezeichneten Betrieben oder Diensten „Beschäftigten", also nur für Dauer ihrer Beschäftigung in den genannten Betrieben oder Diensten, nicht aber, wenn sie aus diesen Betrieben oder Diensten ausgeschieden und in eine versicherungspflichtige andere Beschäftigung eingetreten sind. Die Ansicht, daß die auf dem Gesetz beruhende Versicherungsfreiheit auch dann noch fortwirke, wenn der aus der versicherungsfreien Beschäftigung Ausscheidende bei der die Anwartschaft auf Ruhegeld und Hinterbliebenenrente gewährleisteten Kasse fortsteuere, findet in dem Gesetz keinen Anhalt. Wenn die vorgenannte Verfügung des Sächsischen Arbeitsministeriums vom 14. Januar 1920 das Gegenteil annehmen sollte, so kann dem nicht beigepflichtet werden. Im übrigen handelt es sich dabei, wie das

Digitized by Google

Schiedsgericht mit Recht ausführt, nicht um eine die Spruchbehörden bindende Entscheidung, da die in § 9 Abs. 3 des Versicherungsgesetzes für Angestellte vorgesehene Entscheidung der obersten Verwaltungsbehörde nur soweit maßgebend ist, als es sich um die Bestimmung des in § 9 Abs. 1 des Versicherungsgesetzes für Angestellte vorgesehenen Personenkreises handelt. Zu diesem gehört aber der Beschwerdeführer seit seinem Ausscheiden aus der Stellung bei der Ortskrankenkasse nicht mehr. Aus einer anderen gesetzlichen Bestimmung kann der Beschwerdeführer ein Recht auf Befreiung von der Versicherungspflicht nicht herleiten, insbesondere sind die Voraussetzungen einer solchen Befreiung nach § 11 des Versicherungsgesetzes für Angestellte nicht gegeben.

Zur Erhaltung der Anwartschaft bei versicherungspflichtiger Beschäftigung bedarf es auch der Entrichtung von Beiträgen.

Urteil des **Oberschiedsgerichts für AngestVers.** vom 13. Januar 1921 (P. 152/20).

. . . Das Schicksal des Anspruchs hängt zunächst von der Entscheidung der Frage ab, ob die Auffassung des Rentenausschusses und des Schiedsgerichts, daß zur Erhaltung der Anwartschaft die Ausübung einer versicherungspflichtigen Beschäftigung während der erforderlichen Beitragsmonate ohne Rücksicht auf die tatsächliche Beitragsentrichtung genüge, zutreffend ist. Das Schiedsgericht hält an den Ausführungen seiner Entscheidung vom 28. Januar 1918 — G. 941 — (AVN 1918 S. 47) fest.

Daß sowohl für Ansprüche aus § 398 als auch für diejenigen aus § 62 des Versicherungsgesetzes für Angestellte die Erhaltung der Anwartschaft vorausgesetzt wird, hat das Oberschiedsgericht bereits grundsätzlich ausgesprochen (zu vgl. Entsch. vom 12. März 1919 — P. 14/19 —, AVN 1919 S. 66 Nr. 340, und Entsch. vom 29. Oktober 1919 — P. 139/19 —, AVN 1920 S. 5 Nr. 367).

Es handelt sich also lediglich darum, ob hierfür die Zurücklegung der erforderlichen Beitragsmonate ohne Rücksicht darauf genügt, ob die Beiträge tatsächlich entrichtet sind. Es kann zugegeben werden, daß sich aus der Fassung einzelner Vorschriften des Versicherungsgesetzes für Angestellte allerdings beachtliche Gründe für die Auffassung des Schiedsgerichts herleiten lassen. Das Oberschiedsgericht hat jedoch geglaubt, weniger dem nicht immer sorgfältig abgewogenen Wortlaut einzelner Bestimmungen als den grundsätzlichen Erwägungen, auf die das Versicherungsgesetz für Angestellte aufgebaut ist, entscheidende Bedeutung beilegen zu müssen. Diese gingen aber dahin, die Vorschriften über die Anwartschaft der Invalidenversicherung im allgemeinen nachzubilden und besondere Vorschriften nur für einige der Angestelltenversicherung eigentümliche Fälle vorzusehen. Dies ergibt sich insofern aus der Begründung des Gesetzes, als diese sich in „VIII. Erlöschen der Anwartschaft" (Seite 109/110) nur mit diesen Fällen befaßt. Es heißt dort: „Eine besondere von den Vorschriften der Invalidenversicherung abweichende Behandlung erfordern diejenigen Fälle, in welchen Personen durch Aufgabe einer versicherungspflichtigen Beschäftigung aus der Versicherung ausscheiden. Bei der Invalidenversicherung erlischt die aus der Versicherungspflicht sich ergebende Anwartschaft, wenn während zweier Jahre nach dem auf der Quittungskarte verzeichneten Ausstellungstag ein die Versicherungspflicht begründendes Arbeits- oder Dienstverhältnis, auf Grund dessen Beiträge entrichtet sind, oder die Weiterversicherung nicht oder in weniger als insgesamt zwanzig Beitragswochen bestanden hat. Hier tritt also, wenn die weitere Beitragsleistung eingestellt wird, ein Erlöschen des Anspruchs zugunsten der übrigen Versicherten ein. Für die Angestelltenversicherung kann diese Regelung nicht empfohlen werden." Noch deutlicher aber ergibt sich die Auffassung des Gesetzgebers aus folgenden Ausführungen im vorletzten Absatz dieses Abschnitts: „Um indessen den Verlust der Anwartschaft für die Pflichtversicherung möglichst auszuschließen, werden der Entrichtung von Beiträgen zur Aufrechterhaltung der Anwartschaft Zeiten militärischer Dienstleistungen, Krankheitszeiten und Zeiten, in denen der Versicherte zur Ablegung einer beruflichen Prüfung eine staatliche Lehranstalt besucht hat, gleichzustellen sein. Diese Zeiten dürfen jedoch nicht zur Erhöhung der Anwartschaft beitragen, weil sie durch die Beiträge nicht mitgedeckt werden." Hiernach hat der Entwurf an dem für die Invalidenversicherung geltenden Grundsatz festgehalten, daß es auch zur Aufrechterhaltung der Anwartschaft nicht genügt, daß lediglich eine versicherungspflichtige Beschäftigung bestanden hat, sondern, daß auch Beiträge tatsächlich entrichtet sein müssen. Die bei dem Erlaß des Gesetzes gepflogenen Verhandlungen ergeben daher keine genügenden Unterlagen für die Annahme, daß dieser Grundgedanke habe aufgegeben werden sollen. Sie würde bei der Bedeutung dieser Frage für das Gesetz nur dann zulässig sein, wenn in dieser Richtung ganz zweifelsfreie Erklärungen abgegeben worden wären. Das ist jedoch nicht der Fall. Daher muß auch für die Pflichtversicherung der Angestelltenversicherung zur Aufrechterhaltung der Anwartschaft die Entrichtung von Beiträgen verlangt werden. In diesem Sinne wird die strittige Frage auch überwiegend im Schrifttum beantwortet (zu vgl. Mentzel, Schulz, Sitzler, Kommentar zum VersGes. für Angest., Anm. 3 zu § 1, Düttmann, Appelius, Seelmann, Anm. 7 zu § 1; Potthoff, Anm. 7 zu § 1; Stier-Somlo, Anm. 3 zu § 49; Dersch, MonSchr. für Arb.- und AngestVers. 1917

Digitized by Google

Sp. 811; anderer Meinung: Bernstein-Kupferberg, Anm. 4 zu § 49).

Damit stehen im Einklang die Ausführungen in der grundsätzlichen Entscheidung des Oberschiedsgerichts vom 15. April 1920 — P. 71/20 —, AVN 1920 S. 184 Nr. 414. Dort ist bereits dargelegt, daß die Beitragsentrichtung die Voraussetzung für die Bewilligung der Leistungen der Angestelltenversicherung, insbesondere des Ruhegeldes und der davon abhängigen Leistungen sei. Dem steht auch die Entscheidung des Oberschiedsgerichts vom 18. Januar 1919 — P. 148/18 —, AVN 1919 S. 185 Nr. 359, nicht entgegen. Denn dort ist lediglich ausgeführt, daß die allgemeine Grundlage des Versicherungsverhältnisses nicht die Beitragsleistung sei.

Die hier vertretene Auffassung wird endlich bestätigt durch § 10 Abs. 1 des Gesetzes über weitere Ausdehnung der Versicherungspflicht in der Angestelltenversicherung vom 31. Mai 1920 (RGBl. S. 1144). Hiernach erlischt, falls die Entrichtung der zur Erhaltung der Anwartschaft erforderlichen Beiträge für einen versicherungspflichtigen Angestellten aus einem nicht in seiner Person unterliegenden Grunde unterblieben ist, die Anwartschaft nicht, wenn der Versicherte bis zum 31. Dezember 1921 die Aufrechterhaltung der Anwartschaft bei der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte beantragt. Dieser Vorschrift hätte es überhaupt nicht bedurft, wenn der Gesetzgeber die Auffassung des Schiedsgerichts geteilt hätte. Nach ihrer Auffassung, wonach die Voraussetzung für ihre Anwendung die Nichtentrichtung der zur Erhaltung der Anwartschaft erforderlichen Beiträge für einen versicherungspflichtigen Angestellten bildet, hat sich der Gesetzgeber wiederum auf den Boden der hier vertretenen Anschauung gestellt.

F. Zur Militärversorgung.

Ersatzanspruch der Krankenkasse wegen des aus eigener Pflicht gezahlten Krankengeldes.

Bescheid des **Reichsarbeitsministers** vom 14. Juli 1921.

Die Leitsätze für die Versorgungsheilbehandlung nach dem Reichsversorgungsgesetz vom 12. 5. 20 regeln in den Nrn. 52—56 auch die Frage des Kostenersatzes, auf den die Krankenkassen für ihre Leistungen vom 1. 4. 20 an nach diesem Gesetze einen Anspruch haben. Der vorletzte Absatz der Nr. 53 dieser Leitsätze lautet: „Hat die Krankenkasse, da die ärztliche (zahnärztliche) ambulante Behandlung oder Heilanstaltspflege (ausnahmsweise) oder die Badekur von der Versorgungsbehörde selbst durchgeführt worden ist, lediglich Kassen-Krankengeld oder Versorgungshausgeld und -Taschengeld gezahlt, so kommt nur ein Kostenersatz nach 1a oder 2c und b in Betracht."

Zu dem Kassen-Krankengeld, von dem hiernach die Hälfte der Krankenkasse ersetzt wird, gehört auch das Krankengeld, das die Kasse einem von der Versorgungsbehörde in ein Versorgungskrankenhaus (Kuranstalt) eingewiesenen kriegsbeschädigten Kassenmitglied auf Grund der RVO. oder der Kassensatzung zahlt. Maßgebend für die Ersatzleistung ist die Tatsache, daß der versicherte Beschädigte infolge seines Dienstbeschädigungsleidens in Anstaltsbehandlung tritt und ihm allein aus diesem Grunde das Krankengeld von der Kasse gewährt wird. Die Krankenkassen können also die Hälfte dieses Krankengeldes in ihren den Hauptversorgungsämtern vorzulegenden vierteljährlichen Kostennachweisen ohne weiteres anfordern. Nur soweit die Leistungen in die Zeit vom 1. 4. 20 bis 31. 3. 21 fallen, soll die Einzelanforderung unterbleiben, weil nach Nr. 63 Abs. 2 der „Leitsätze" beabsichtigt ist, die Krankenkassen für ihre Ersatzansprüche für Kassenmitglieder aus dem Rechnungsjahr 1920 allgemein durch Zahlung von Pauschbeträgen zu entschädigen. Um diese auch von den Hauptverbänden der Krankenkassen aus Gründen der einfachen Abrechnung für die rückliegende Zeit angeregte Regelung bald herbeizuführen, hat sich das Ministerium mit allen beteiligten Stellen in Verbindung gesetzt.

Beihilfen und Zulagen zu den Renten der Invalidenversicherung neben Bezügen aus dem Reichsversorgungsgesetz.

Bescheid des **Reichsarbeitsministers** v. 27. Juli 1921 (RVBl. S. 440).

Das Reichsversicherungsamt hat unter dem 16. März 1921 (vgl. Amtl. Nachr. des RVA. 1921 S. 279 Ziff. 2636) grundsätzlich entschieden, daß die Zulagen und außerordentlichen Beihilfen für Empfänger von Renten aus der Invalidenversicherung (Gesetz über Abänderung der Leistungen und der Beiträge in der Invalidenversicherung vom 20. Mai 1920, RGBl. 1920 S. 1091, und Gesetz über eine außerordentliche Beihilfe für Empfänger von Renten aus der Invalidenversicherung vom 26. Dezember 1920, RGBl. 1920 S. 2315, in der Fassung der Bekanntmachung vom 11. 4. 1921, RGBl. 1921 S. 473) neben dem Elterngeld (MHG. § 22) gezahlt werden können. Nach den erwähnten Gesetzen sind Zulagen solchen Personen nicht zu gewähren, die auf Grund des Reichsversorgungsgesetzes oder anderer Militärversorgungsgesetze eine Rente für Minderung ihrer

Digitized by Google

Erwerbsfähigkeit um mehr als zwei Drittel oder eine Hinterbliebenenrente beziehen; Beihilfen sind nur insoweit zu gewähren, als die Beihilfe die gewährte Versorgung übersteigt. Die oben erwähnte Entscheidung des Reichsversicherungsamts geht davon aus, daß Elterngeld ein Kann-Bezug ist und nicht eine Rente im Rechtssinne, d. h. einen rechtlich verfolgbaren Anspruch auf regelmäßig wiederkehrende Leistungen, darstellt. Infolgedessen sind neben dem Elterngeld und sinngemäß auch neben der widerruflichen Zuwendung für Eltern Zulagen und Beihilfen zu zahlen.

Wird bei der Umanerkennung Elternrente auf Grund des Reichsversorgungsgesetzes (§ 43) rückwirkend vom 1. April 1920 zuerkannt, so können die Landesversicherungsanstalten beantragen, daß die für Zulagen und Beihilfen gewährten Beträge von der Nachzahlung der Elternrente in Abzug gebracht werden, da neben der gesetzlichen Elternrente ein Anspruch auf Zulagen und Beihilfen zu den Renten aus der Invalidenversicherung nicht besteht.

Eine entsprechende Entscheidung wie für das Elterngeld ist vom Reichsversicherungsamt unter dem 4. 4. 1921 (vgl. Amtl. Nachr. 1921 S. 279 Ziff. 2637) für die Empfänger einer bedingten Rente nach § 25 des Mannschaftsversorgungsgesetzes ergangen.

Beide Entscheidungen finden sinngemäß Anwendung auf die Empfänger von Übergangsgeld nach § 32 RVG. und die Empfänger einer Witwenbeihilfe nach § 40 RVG., da auch diese Bezüge nur Kann-Bezüge sind und ein gesetzlicher Anspruch auf sie nicht gegeben ist.

Sprechsaal.

Wochenfürsorge nach dem Tode der Wöchnerin.

In Nr. 26 der ArbVers. S. 519 Ziff. 6 ist eine Auskunft nach Darmstadt erteilt, die meines Erachtens nicht zutrifft, nämlich: Nach § 19 des Gesetzes vom 26. 5. 20 waren als Wochenfürsorge die im § 195a RVO. in der Fassung dieses Gesetzes (also des Gesetzes vom 26. 5. 20) bezeichneten Leistungen zu gewähren; dazu gehörte bekanntlich nicht die Weiterleistung beim vorzeitigen Sterbefall der Wöchnerin, weil diese unter § 195b bestimmt war. Der Gesetzgeber nahm nun diese Bestimmung im Gesetz vom 29. 7. 21 unter Absatz 4 in den § 195a herüber, offenbar in der Absicht, dieselbe auch für die Wochenfürsorge zutreffend zu machen, aber er übersah dabei unter Artikel III Ziff. 4 zu sagen:

„§ 19 Abs. 1 erhält folgende Fassung: Als Wochenfürsorge werden die im § 195a RVO. in der Fassung dieses Gesetzes (also des Gesetzes vom 29. 7. 21) bezeichneten Leistungen gewährt"

wie er dies unter Ziff. 4 des Artikels II zu § 205a für die Familienwochenhilfe getan hat.

Nach dem derzeitigen Stand der Sache kann eine Weiterleistung beim vorzeitigen Sterbefall der Wöchnerin für die Wochenfürsorge nicht Platz greifen und wäre deshalb eine baldige Gesetzesänderung angebracht, wenn nicht Zweifel und Unannehmlichkeiten bei den Kassen usw. entstehen sollen.

Ostermeyer, Geschäftsführer des Verbandes der Betriebskrankenkassen für Südwestdeutschland.

Anmerkung: Wir halten das Bedenken für unbegründet und eine Änderung des § 19 zur Klarstellung für entbehrlich. Wo das Gesetz v. 29. 7. 21 eine Vorschrift des älteren Gesetzes, die auf § 195a RVO. verweist, einfach bestehen läßt, ist es selbstverständlich, daß der Inhalt jener älteren Vorschrift von der Abänderung des § 195a unmittelbar berührt wird. Der § 195a RVO. hat durch Art. I Ziff. 1 des neuen Gesetzes eine neue Fassung erhalten, durch die seine frühere Fassung schlechthin beseitigt und die neue Norm überall an die Stelle der alten getreten ist. Es mag daran erinnert werden, daß man bei der Beratung der ersten Novelle von 1892 zum Krankenversicherungsgesetz von 1883 die Aufnahme einer Bestimmung, daß überall, wo auf das Gesetz von 1883 Bezug genommen ist, die entsprechenden Vorschriften der neuen Fassung anzuwenden sind, als entbehrlich, weil selbstverständlich, abgelehnt hat (Stenogr. Ber. S. 3247, 4832).

Umgehung des § 160 Abs. 2 RVO. durch Vereinbarung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer.

Nach § 180 RVO. werden die baren Leistungen der Krankenkassen nach einem Grundlohn bemessen, der nach der verschiedenen Lohnhöhe der Versicherten stufenweise festgesetzt wird. Zum Lohn oder Entgelt gehören nach § 160 RVO. auch Sachbezüge, die der Versicherte vom Arbeitgeber oder einem Dritten erhält. Der Wert der Sachbezüge wird nach Ortspreisen berechnet, die das Versicherungsamt festsetzt.

Das zuständige Versicherungsamt setzte bei Inkrafttreten des 2. Buches der RVO. den Wert für Kost und Logis auf 72,50 M. monatlich fest. Infolge der durch den Krieg andauernden außerordentlichen Steigerung der Preise aller Lebensbedürfnisse und der damit verbundenen Entwertung des Geldes wurde auf Drängen der Krankenkassen der Wert für obengenannte Sachbezüge auf 320,85 M. monatlich erhöht. Dies hatte ein Aufrücken der in Frage kommenden Versicherten in höhere Lohnstufen zur Folge. Um nun der damit verbundenen höheren Beitragszahlung zu entgehen, schloß ein Arbeitgeber, der bis zum Inkrafttreten der erhöhten Sätze alle Hausdiener mit einem Barlohn von 50 bzw. 60 M. monatlich und Kost und Logis gemeldet hatte, mit einem neuen Hausdiener eine Vereinbarung dahin, daß als Barlohn der Betrag von monatlich 185 M. gelten solle. Die Ehefrau des Arbeitgebers schloß mit dem Hausdiener einen weiteren Vertrag, nach dem sie ihm Kost und Logis gegen eine monatliche Entschädigung von 125 M. zu gewähren sich verpflichtete. Da eine derartige Vereinbarung als eine glatte Umgehung der Bestimmungen des § 160 angesehen werden muß, wurde gegen den Arbeitgeber Anzeige beim Versicherungsamt erstattet. Das Versicherungsamt ersuchte die Kasse, zunächst bei der Staatsanwaltschaft Strafanzeige wegen Betruges einzureichen.

Digitized by Google

Die Entscheidung des Amtsgerichts sprach den Beschuldigten kostenlos frei. In der Begründung wird u. a. ausgeführt, daß mit Recht anzunehmen sein dürfte, daß die Verträge zwischen Beklagten und Hausdiener lediglich in der angegebenen Weise geregelt wurden, um geringere Beiträge leisten zu müssen. Es lag auch auf seiten der Beklagten die Absicht vor, sich einen Vermögensvorteil zu verschaffen. Dieser Vermögensvorteil sei aber nicht rechtswidrig. Die Angeklagten hatten das Recht, nach dem Grundsatz der Vertragsfreiheit, Verträge so abzuschließen, wie sie ihnen — auch mit Rücksicht auf die Versicherungsbeiträge — am günstigsten erschienen. Es könne dahingestellt bleiben, ob eine Vermögensbeschädigung der Kasse oder des Hausdieners vorliegt.

Diese Entscheidung muß als durchaus unzutreffend und rechtsirrig bezeichnet werden. Es darf daher angenommen werden, daß das Landgericht, bei dem Berufung eingelegt ist, die Aufhebung der Entscheidung ausspricht und den beklagten Arbeitgeber antragsgemäß verurteilt. H. in M.

Anmerkung: Wir möchten dem Urteile des Landgerichts in der Strafsache nicht vorgreifen und hier nur bemerken, daß auch eine endgültige Freisprechung des Arbeitgebers durch die Strafkammer des Landgerichts weder die Kasse noch die Versicherungsbehörden hindern würde, die durchsichtige Schiebung als das anzusehen, was sie unter bürgerlich-rechtlichen Gesichtspunkten ist: ein nach § 117 BGB. nichtiges Scheingeschäft. Die Kasse sollte also von dem Arbeitgeber jedenfalls die Beiträge der höheren Stufe fordern und nötigenfalls beitreiben. Dann bliebe es ihm überlassen, nach § 405 Abs. 2 das Versicherungsamt anzurufen.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Über die Verbandstagung des Allg. Verbandes Deutscher Landkrankenkassen

(Sitz Berlin, Geschäftsstelle in Perleberg) vom 21. bis 26. 5. 21 in Goslar haben wir im Heft 18 S. 357 kurz berichtet. Jetzt liegt uns in einer Druckschrift von 79 Seiten der ausführliche Bericht über die Verhandlungen mit dem vollen Wortlaut der in unserem Vorbericht bereits erwähnten Vorträge vor, deren Gegenstand und Inhalt, weit über den engeren Kreis der Landkrankenkassen hinaus, das allgemeine Interesse beanspruchen darf.

Einfluß des Friedensvertrages auf das Versicherungsgesetz für Angestellte.

Aus dem „Bericht des Direktoriums der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte über das Geschäftsjahr 1920" entnehmen wir folgendes:

Von den im vorjährigen Geschäftsbericht erwähnten, gemäß Artikel 77 und 312 des Friedensvertrages wegen Überweisung eines entsprechenden Anteils der angesammelten Rücklagen der Angestelltenversicherung mit den fremden Mächten zu treffenden Abkommen sind diejenigen mit der französischen Regierung bezüglich Elsaß-Lothringen sowie mit der belgischen Regierung wegen der Kreise Eupen und Malmedy abgeschlossen und sehen ihrer Ratifizierung entgegen.

Das erstgenannte Abkommen sieht einen von der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte (RfA.) an die französische Regierung zu leistenden Pauschalbetrag von 17,3 Millionen Mark vor. Durch diesen Betrag werden die Ansprüche der am 1. Januar 1919 in Elsaß-Lothringen wohnhaften Leistungsberechtigten sowie — nach der Auffassung des Direktoriums — auch sämtliche Anwartschaftswerte der am vorgenannten Stichtage in Elsaß-Lothringen wohnhaft gewesenen sonstigen Versicherten abgefunden, denen bei einem etwaigen Verzuge nach Deutschland die freiwillige Fortsetzung der Versicherung bei der französischen Angestelltenversicherung offensteht, während umgekehrt die nach Elsaß-Lothringen verziehenden Versicherten der RfA. sich nach § 15 Abs. 2 des VGfA. freiwillig bei dieser weiterversichern können.

Das Abkommen mit der belgischen Regierung enthält folgende Bestimmungen:

Die Arbeitgeber in den Kreisen Eupen und Malmedy stellen Nachweisungen über die am 1. Januar 1921 als Stichtag von ihnen beschäftigten versicherungspflichtigen Personen unter Benutzung der hierfür bei der RfA. gebräuchlichen Vordrucke auf und reichen diese nebst den Versicherungskarten der RfA. ein.

Auf Grund dieser Nachweisungen stellt diese für jedes der Kalenderjahre 1913 bis einschließlich 1919 die Beitragssumme fest, welche von den nachgewiesenen Angestellten an sie entrichtet ist.

Die Beiträge eines jeden Kalenderjahres werden vom Schlusse dieses Jahres ab bis zum 1. Januar 1920 mit 3½ v. H. verzinst. Die gleiche Rechnung wird für die nach den Geschäftsberichten der RfA. ausgewiesene Gesamtbeitragseinnahme durchgeführt. Das nach der Bilanz vom 31. Dezember 1919 angesammelte Vermögen der RfA. wird im Verhältnis der beiden so berechneten Beitragssummen geteilt und unter Hinzurechnung der für die Zeit nach dem Stichtage etwa noch entrichteten Beiträge durch Übergabe von Bestandteilen des Vermögens durch die RfA. an die belgische Regierung abgeführt.

Aus dem auf Belgien entfallenden Vermögensanteil sind die vor dem 1. Januar 1920 festgestellten Ruhegelder und Renten der am Stichtage im abgetretenen Gebiet wohnhaft gewesenen Personen zu bestreiten.

Für Personen, die nach dem Stichtage bis zum Ablauf des dritten Jahres nach dem endgültigen Übergange der Souveränität auf den belgischen Staat ihren Wohnsitz aus den Kreisen Eupen und Malmedy nach Deutschland oder von Deutschland nach diesen Kreisen verlegen, ist die Abführung der bis zur Wohnsitzverlegung bei der betreffenden Angestelltenversicherung erworbenen Anwartschaften — 87,55 v. H. der gesetzlichen Beiträge — vorgesehen.

Die Verwaltung der Angestelltenversicherung in den Kreisen Eupen und Malmedy ist durch Dekret des belgischen Gouverneurs von Malmedy vom 1. März 1920 den Krankenversicherungskassen (Allgemeine Orts- und Landkrankenkassen) übertragen.

Für die Abkommen mit der polnischen, dänischen und tschechoslowakischen Regierung hat das Direktorium auf Grundlage des belgischen Abkommens Vorschläge gemacht, in dem es davon ausgeht, daß die dort vorgesehene Abrechnung hinsichtlich der einzelnen Versicherten den In-

Digitized by Google

teressen der Beteiligten am meisten entspricht und die Bestimmungen zweckmäßig sind für die Versicherten, die innerhalb der vorgesehenen Optionsfristen ihren Wohnsitz verlegen.

Mit Vertretern der polnischen Regierung haben mündliche Verhandlungen stattgefunden, in deren Verlauf die polnischen Delegierten mit dem Vorschlage einer Pauschalabfindung im Sinne des französischen Abkommens hervorgetreten sind, jedoch ist der ihnen vom Direktorium auf Grund genauester Berechnung gemachte Vorschlag auf Zahlung eines Pauschalbetrags von 7,5 und schließlich 9 Millionen Mark abgelehnt und ihrerseits ein solcher von 10,9 Millionen Mark gemacht worden. Dieser Vorschlag hat vom Direktorium als der Sachlage nicht entsprechend abgelehnt werden müssen. Daraufhin sind von den polnischen Delegierten die weiteren Verhandlungen abgebrochen worden.

Mit der dänischen und tschechoslowakischen Regierung haben Verhandlungen über die mit ihnen zu treffenden Abkommen noch nicht stattgefunden. Pflichtbeiträge werden aus diesen Gebieten von der RfA. nicht mehr entgegengenommen.

Der Regierung des Freistaates Danzig und dem Landesdirektorium des Memelgebiets sind Vorschläge für Abkommen nach Artikel 312 des Versailler Vertrages gemacht worden. Mit ihnen sind vorläufige Abmachungen dahin getroffen worden, daß das VGfA. mit den dazu ergangenen und noch ergehenden Bestimmungen vorläufig für diese Gebiete ihre Gültigkeit behalten, und demgemäß die Geschäfte der Angestelltenversicherung und ihrer Spruchbehörden von der RfA. bzw. dem RA., dem Schiedsgericht und dem Oberschiedsgericht weiter fortgeführt werden. Die Beiträge werden weiter an die RfA. entrichtet, der das Recht der Überwachung der Beitragsleistungen in den betreffenden Gebieten zusteht.

Im Saargebiet wird zwar die Angestelltenversicherung fortgeführt, doch bedürfen erlassene Gesetze und Bestimmungen der Einführung durch die Saarregierung. Nach §§ 19, 23 des Anhangs zu Artikel 50 des Friedensvertrages steht dem Regierungsausschuß im Saarbeckengebiet die volle Gesetzgebungsgewalt zu, ohne Rücksicht auf die seit dem 11. November 1918 im übrigen Deutschen Reich ergangenen Gesetze. Bedauerlicherweise hat die Saarregierung das Gesetz vom 31. Mai 1920, über weitere Ausdehnung der Versicherungspflicht in der Angestelltenversicherung für das Saargebiet noch nicht zur Einführung gebracht hat, so daß dadurch die Interessen der Versicherten in außerordentlich großem Maße geschädigt werden.

Bedenklicher Bureaukratismus bei Unterbringung von Geisteskranken.

In der „Hamb. Wochenschr. f. Ärzte, Zahnärzte und Krankenkassen" (1921 S. 328) schreibt ein Arzt Dr. F.:

„Vor einigen Tagen suchte mich eine Frau mit ihrem Mann auf, der an schizophrener Geistesstörung mit wahnhaften Beziehungsideen, Halluzinationen und schweren Erregungszuständen erkrankt war. Ich ordnete sofort Einweisung in die geschlossene Anstalt Friedrichsberg an und gab der Frau ein Einweisungsformular mit, wie es für die Einweisung in die Krankenhäuser den Ärzten zur Verfügung steht. Ich bemerkte hierauf alle notwendigen Einzelheiten, u. a. daß der Patient am Tage der Einweisung von mir untersucht sei, daß er gemeingefährlich geisteskrank sei, spezifizierte diese Angabe durch die Erörterung der Symptome der Krankheit und testierte die dringende Notwendigkeit der Einweisung mittels Krankenwagens. Dieses Attest nun wurde von der Polizeibehörde zurückgewiesen. Die Behörde lehnte die Gestellung eines Krankenwagens mit der Begründung ab, daß nicht das richtige Einweisungsformular verwendet worden sei; es sei hierzu ein weißes Formular notwendig.

Die Frau war nun in großer Not, da sie ihren Mann nicht allein in der Wohnung lassen konnte, sie anderseits aber genötigt war, den Arzt nochmals aufzusuchen, um sich jetzt das weiße Formular ausfüllen zu lassen. Ich schrieb genau denselben Inhalt in dieses weiße Formular hinein, und jetzt war die Polizei bereit, den Krankenwagen zu besorgen.

Ich bringe diesen Vorgang zur Kenntnis, weil ich es für unzweckmäßig halte, daß die Polizei als Hüterin der Sicherheit und Ordnung durch bureaukratische Maßnahmen dieser Art die Sicherheit des Publikums gefährdet." — Sehr richtig!

Beantwortung von Anfragen.

Rechtsauskünfte aus unserem Arbeitsgebiet erteilen wir den Beziehern unserer Zeitschrift bereitwillig, ohne indessen eine Verpflichtung oder eine zivilrechtliche Haftung zu übernehmen. Für schriftliche Auskunft wird Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten, und zwar auch dann, wenn nur Bescheid durch die Zeitschrift erbeten, die Sache aber zur Veröffentlichung an dieser Stelle nach unserem Ermessen nicht geeignet ist.

Wird der neue Kassenvorstand durch den bisherigen oder durch den neugewählten Ausschuß gewählt?

1. **Nach M.** Antwort: Ihr Bedenken gegen unsere Auskunft in Heft 28 S. 557 Ziff. 1 können wir als stichhaltig nicht anerkennen. Aus der Wortfassung des § 339 Satz 2 RVO. läßt sich gegenüber unserer sachlichen Erwägung ein Einwand ernstlich nicht begründen. Wenn es dort heißt: „Diese Vertreter wählen usw.", so bedeutet das, nach dem Zusammenhange mit Satz 1, selbstverständlich, genau wie im § 335, nicht mehr und nicht weniger, als daß „die Vertreter der Versicherten" im Ausschuß die Vertreter der Versicherten im Vorstande wählen. Ihre Auslegung, daß die Wahl der Vorstandsmitglieder durch den neugewählten Ausschuß erfolgen müsse, läßt sich weder aus der einen noch aus der anderen Vorschrift rechtfertigen. Sie würden aber unsere Auskunft mißverstehen, wenn Sie meinen sollten, daß wir der Wahl der Vorstandsmitglieder durch den bisherigen Ausschuß das Wort reden. Wenn man die neugewählten Ausschußmitglieder als die Vertrauensmänner der Wählerschaft anzusehen hat, so muß man annehmen, daß auch der neue Vorstand vom Vertrauen der Wählerschaft

Digitized by Google

nur dann getragen sein wird, wenn er von den neugewählten Ausschußmitgliedern gewählt ist. Deshalb halten wir es für durchaus sachgemäß, daß die Wahl in dieser Weise vollzogen wird. Aber rechtlich ermöglichen läßt sich das — wie wir bereits in der früheren Auskunft dargelegt haben — erst, wenn der neue Ausschuß sein Amt bereits angetreten hat. Es steht doch auch praktisch nichts entgegen, wenn die Ausschußwahl im letzten Viertel des Jahres 1921 stattgefunden hat, die Vorstandswahl etwa in der ersten Woche des Jahres 1922 durch den dann schon im Amte befindlichen neuen Ausschuß vollziehen zu lassen.

Zuständigkeit des Versicherungsamts für Anträge auf Wochenfürsorge.

2. Nach Beelitz. Antwort: Das Versicherungsamt meint, sich der im Heft 26 S. 519 Ziff. 7 vertretenen Ansicht nicht anschließen zu können, weil ein bereits schwebendes Verfahren, mangels einer diese Frage regelnden Bestimmung im Gesetz, noch nach dem alten Recht zu Ende zu führen sei. Das ist keine Widerlegung unserer Ansicht, sondern eine bloße Behauptung, die unseren Hinweis auf den vom Reichsgericht anerkannten Rechtsgrundsatz einfach übergeht. Danach beanspruchen Verfahrensnormen der Regel nach — nämlich wenn nicht etwas anderes vorgeschrieben ist — sofortige Geltung, auch in bereits anhängigen Sachen. Für ein Verfahren über öffentlich-rechtliche Ansprüche muß dies erst recht gelten. Als Beleg hierfür sei auf Art. 85 des EinfGes. zur RVO. hingewiesen. Dort ist bestimmt worden, daß ein beim Inkrafttreten des 6. Buches der RVO. bereits anhängiges Verfahren nach den bisherigen Vorschriften erledigt wird, soweit die Art. 86 bis 90 nicht anderes vorschreiben. Einer solchen ausdrücklichen Vorschrift bedurfte es eben deshalb, weil beim Mangel einer solchen Vorschrift das Umgekehrte, also die sofortige Geltung der neuen Verfahrensvorschriften anzunehmen gewesen wäre. Die neue Fassung des § 18 des Wochenhilfegesetzes dahin, daß das Versicherungsamt die erforderlichen Feststellungen (über Anträge auf Wochenfürsorge) vornimmt und die Anweisung zur Auszahlung zu erteilen hat, ist am 6. 8. 21 in Kraft getreten, und kein Versicherungsamt darf sich daher diesen Aufgaben deshalb entziehen, weil der Antrag vor jenem Tage bei der Kasse eingegangen ist.

Satzungsmäßiges Krankengeld neben Versorgungsheilbehandlung; Ersatzanspruch der Kasse.

3. Nach Liegnitz. Antwort: a) Die Krankenkassen können auch in denjenigen Fällen gemäß § 14 RVG. Ersatz fordern, in denen das Reich (§ 8 letzter Abs. a.a.O.) die Heilanstaltspflege an Stelle der Krankenkassen durchführt und diese deshalb das satzungsmäßige Krankengeld zu zahlen haben. Die amtlichen Leitsätze für die Versorgungsheilbehandlung stellen bei Nr. 53 vorletzter Absatz (S. 45) den Ersatzanspruch für solche Fälle ausdrücklich fest. Gleichwohl hat die Fassung des Gesetzes Zweifel verursacht, die aber jetzt durch einen Bescheid des Reichsarbeitsministers vom 14. 7. 21 (oben S. 595) geklärt und beseitigt sind. Danach läßt sich die Auskunft im Heft 21 S. 419 Ziff. 2 nicht aufrechterhalten.

b) Ihr Verfahren, während der Zeit einer vom Reich durchgeführten Heilanstaltsbehandlung Ihren Mitgliedern das satzungsmäßige Krankengeld — nicht bloß Haus- oder Taschengeld — zu zahlen, entspricht der Vorschrift des § 182 RVO., vorausgesetzt, daß Arbeitsunfähigkeit besteht. Wenn dagegen die Heilanstaltsbehandlung nur vorbeugenden Zwecken dient und nicht zur Behebung einer schon bestehenden Arbeitsunfähigkeit angeordnet ist, besteht kein Anspruch auf Krankengeld.

Versicherungspflicht der Oberschwester einer Krankenanstalt.

4. Nach Halle a. S. Antwort: Die leitende Schwester — „Oberschwester" — einer Krankenanstalt nimmt, vermöge der ihr obliegenden Aufsicht über die den eigentlichen Pflegedienst versehenden Krankenschwestern, diesen gegenüber eine ähnlich gehobene Stellung ein wie ein Betriebsbeamter gegenüber den Arbeitern und Gehilfen. Sie ist daher angestelltenversicherungspflichtig nach § 1 Abs. 1 Ziff. 2 AngestVersGes. Invalidenversicherungspflichtig nach § 1226 Abs. 1 Ziff. 2 RVO. dürfte sie kaum sein, da ihr Jahresarbeitsverdienst den Betrag von 2000 M. doch sicher übersteigt.

Anspruch einer kranken Wöchnerin auf Wochenfürsorge.

5. Nach Halle a. S. Antwort: Der Anspruch auf Wochenfürsorge steht auch der bereits vor der Entbindung erkrankten und weiterhin noch kranken Wöchnerin zu. Es gilt aber auch für sie der Satz, daß neben dem Wochengelde Krankengeld nicht gewährt wird (§ 195a Abs. 2 RVO. in der alten Fassung). Übersteigt jedoch das Krankengeld den Betrag des Wochengeldes, so kann die Wöchnerin, unter Verzicht auf das Wochengeld, das höhere Krankengeld beanspruchen. Ihr Anspruch auf andere Leistungen der Wochenhilfe, insbesondere auf das Stillgeld, wird dadurch in keiner Weise berührt.

Erstattungsanspruch aus § 197 Abs. 2 RVO., wenn Pflege in einem Wöchnerinnenheim gewährt worden ist.

6. Nach Guben. Antwort: Aus der Erwähnung auch des § 196 RVO. im § 197 ergibt sich, daß die zur Leistung der Wochenhilfe verpflichtete Krankenkasse bei Berechnung ihres Anspruchs auf anteilige Erstattung ihrer Aufwendungen gegen eine andere Kasse auch die vollen Kosten der gemäß § 196 gewährten Kur und Verpflegung in einem Wöchnerinnenheim in Ansatz bringen darf. Daraus folgt aber nicht auch, daß die erstattungspflichtige Kasse bei der Berechnung der Erstattungsgrenze nach § 197 Abs. 2 die Anrechnung der vollen Kosten gelten lassen muß, die ihr erwachsen wären, wenn sie selbst an Stelle des Wochengeldes Kur und Verpflegung in einem Wöchnerinnenheim gewährt hätte. Denn die Fassung des § 197 Abs. 2 ergibt deutlich, daß die Erstattungspflicht nur begründet ist bis zur Höhe des „Anspruchs", welcher der Wöchnerin bei der erstattungspflichtigen Kasse zugestanden hätte, und ein „Anspruch" auf Gewährung von Heimpflege besteht auf Grund des § 196 niemals, da diese Vorschrift die Gewährung von Heimpflege in das freie pflichtmäßige Ermessen der Kassen stellt. Es darf daher bei Berechnung der Erstattungsgrenze statt der Heimpflegekosten nur das Wochengeld in Ansatz gebracht werden, das die erstattungspflichtige Kasse zu zahlen verpflichtet gewesen wäre. Diese Einschränkung entspricht doch auch der Billigkeitsrücksicht, auf welcher die Vorschrift des § 197 Abs. 2 überhaupt beruht.

Digitized by Google

Sonst könnte eine leistungsschwache Kasse zu größeren Aufwendungen als ihrer Leistungsfähigkeit entspricht, auf Grund des § 197 Abs. 2 dadurch genötigt werden, daß eine andere, leistungsfähigere Kasse sich zu jenen höheren Aufwendungen entschlossen hatte. Das widerstreitet dem Zwecke des § 197 Abs. 2.

Zum Begriff der „Sonderleistungen" in einem Arztvertrage.

7. Nach Bretten. Frage: Nach unseren Abmachungen mit den Kassenärzten sind die Weggebühren bei Gelegenheitsbesuchen pauschaliert. Die Gebühren für einen Gelegenheitsbesuch betragen danach je nach der Entfernung 10, 12, 14 oder 16 M. Die Gebühren für Sonderleistungen dürfen 33⅓ v. H. der Gebühren für Grundleistungen nicht übersteigen. Bisher haben die Ärzte die Gebühr für einen Gelegenheitsbesuch getrennt in die Besuchsgebühr mit je 6 M. und 4, 6, 8 oder 10 M. als Weggebühren. Um möglichst zu verhindern, daß die Sonderleistungen die Begrenzung von 33⅓ v. H. übersteigen, suchen die Ärzte die Gebühren für die Grundleistungen dadurch zu erhöhen, daß sie neuerdings die bisher zu den Weggebühren gezählten Beträge bei Gelegenheitsbesuchen ganz zu den Grundleistungen rechnen. Ferner haben die Ärzte bisher die Gebühren für Extra- und Nachtbesuche sowie für Extra- und Nachtberatungen nur teilweise als Grundleistung berechnet. Neuerdings zählen sie nun die ganzen Eil- bzw. Nachtbesuchs- und Beratungsgebühren zu den Grundleistungen. Die Sonderleistungen betragen im II. Quartal 1921 bereits 89 v. H. der Grundleistungen. Bei unserer Kasse sind nun ärztlose Orte, wo fast ausschließlich Besuche in Frage kommen. Wenn diese ganz als Grundleistungen gelten sollen, erhöhen sich die Grundleistungen gegenüber bisher um etwa 100 v. H. Durch diese künstliche Auslegung wird erreicht, daß die Sonderleistungen scheinbar 33⅓ v. H. der Grundleistungen nicht überschreiten und daß die Kasse etwa das doppelte Honorar wie sonst zahlen soll. Wir bitten um Äußerung, ob das zulässig erscheint.

Antwort: Es handelt sich um Auslegung Ihres Vertrages. Wenn in diesem von „Sonderleistungen" die Rede ist, müssen wir annehmen, daß dieser Ausdruck in demselben Sinne gebraucht ist, wie in dem Tarifabkommen vom 9. 12. 19 (ArbVers. 1920 S. 37), wo das Wort unter Ziff. 1 und Ziff. 3 vorkommt. Man hat darunter diejenigen ärztlichen Verrichtungen zu verstehen, die nach dem Vertrage neben dem Pauschbetrage besonders bezahlt werden müssen. Grundsätzlich werden durch den Pauschbetrag alle Leistungen abgegolten, also auch die Wegegebühren, wenn nicht für diese besondere Vergütungen vereinbart sind (zu vgl. Ziff. 1, auch Ziff. 3 Abs. 2 des Abk.). In Ihrem Vertrage sind aber im Gegenteil für Gelegenheitsbesuche Pauschbeträge festgesetzt, welche einheitlich den Besuch und die Reise abgelten sollen und nur nach der Entfernung verschieden bemessen sind. Hiernach sind die Ärzte im Recht, wenn sie die frühere Trenung in Besuchs- und Wegegebühr nicht mehr gelten lassen, und die Reise nicht als eine Sonderleistung im erwähnten Sinne ansehen. Ebenso ist es gerechtfertigt, wenn sie Extra- und Nachtbesuche, sowie Extra- und Nachtberatungen als einheitliche Leistungen behandelt wissen wollen und ihrer Zerlegung in Grundleistung und Sonderleistung widersprechen, da Ihr Vertrag doch wohl eine solche Sonderung nicht vorsieht.

Aufenthalt im Inland als Voraussetzung der Familienwochenhilfe.

8. Nach Berlin. Frage: Hat die im Ausland bei ihren Eltern niedergekommene Ehefrau eines Kassenmitgliedes Anspruch auf Familienwochenhilfe, auch wenn sie den Wohnsitz ihres Ehemannes seit der am 16. Mai 1921 erfolgten Eheschließung noch nicht geteilt hat?

Antwort: Zwar wird bei einer Ehefrau als Voraussetzung für die Gewährung der Familienwochenhilfe nach § 205a Abs. 1 RVO. in der Fassung vom 22. 5. 20 nicht mehr gefordert, daß sie mit dem versicherten Ehemann in häuslicher Gemeinschaft lebt; dagegen ist nach Ziff. 1 aaO. der Anspruch nur begründet, wenn die Frau ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Inlande hat, das heißt: wenn sie nicht nur zufällig oder gelegentlich im Auslande weilt. Ihre Angaben lassen ein sicheres Urteil hierüber nicht zu. Daß die Frau seit der am 16. 5. 21 erfolgten Eheschließung den Wohnsitz ihres Ehemannes nicht geteilt hat, schließt doch nicht aus, daß sie anderwärts im Inlande geweilt hat und ihre Eltern im Auslande nur zum Zwecke der Entbindung aufgesucht hat. Es bedarf der näheren Feststellung, seit wann überhaupt und weshalb sie sich im Auslande aufhält. Hätte sie etwa einen gewöhnlichen Aufenthalt im Inlande bisher überhaupt noch nicht gehabt, so würde ihr die Wochenhilfe zu versagen sein, obwohl sie durch ihre Verheiratung den „Wohnsitz" ihres Ehemannes im Rechtssinne teilt (§ 10 BGB.). Denn „Aufenthalt" als tatsächliches Weilen an einem Orte ist nicht gleichbedeutend mit „Wohnsitz".

☛ Den Herren Beamten und Angestellten der Reichs-Sozialversicherung liefern wir, um ihre berufliche Fortbildung zu fördern, für den persönlichen Gebrauch je 1 Stück unserer Zeitschrift zum ermäßigten Halbjahrbezugspreis von nur 32 Mark (auf Wunsch auch in zwei Teilzahlungen von je 16 Mark) frei ins Haus. Bestellungen ab 1. Juli d. J. erbitten wir baldigst unmittelbar an uns unter genauer Angabe von Namen, Rang, Dienststelle und Wohnung auf Postkarte.

Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64. Verlag der „Arbeiter-Versorgung".

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Str. 12.
Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., in Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.
Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Jacher, Senatspräsident a. D. u. a. m.

Heft 1333 der ganzen Folge.

38. Jahrgang | 1. November 1921 | Heft 31

Die Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes in der Invalidenversicherung. (Bek. v. 13. 9. 21.)

Von Kontrollinspektor F. Quatmann in Oldenburg.

Im Artikel 1 des Gesetzes vom 23. 7. 21 über die anderweite Festsetzung der Leistungen und Beiträge in der Invalidenversicherung (RGBl. S. 984, ArbVers. S. 470) ist bestimmt, daß der Reichsarbeitsminister die Vorschriften über die Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes für die Zuteilung der Versicherten zu den Lohnklassen der Invalidenversicherung zu erlassen habe. Diese Bestimmung ließ die Hoffnung aufkommen, daß wenigstens hier etwas allgemein Befriedigendes geschaffen würde. Die für das Gebiet der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung in und nach dem Weltkriege erlassenen Gesetze und Verordnungen waren vielfach unvollkommen und haben mit Recht starken Widerspruch gefunden. Die Gesetze und Verordnungen sind wohl ausnahmslos überstürzt herausgekommen und deshalb nicht bis in die letzte Konsequenz durchdacht worden.

Zwischen dem Erlaß des Gesetzes und der Bekanntmachung des Reichsarbeitsministers liegen ungefähr zwei Monate. Es war also hinreichend Zeit vorhanden, die Verfügung gründlich durchzuarbeiten und sie so auszugestalten, daß sie allen billigen Anforderungen genügte. Das ist leider nicht der Fall gewesen. Die Bestimmungen sind so kompliziert, daß der Laie sich nicht darin ausfindet, auch lassen sie manche Verhältnisse ganz unberücksichtigt. Bei der großen Bedeutung, die diese Vorschriften nicht nur für die Arbeitgeber, sondern auch für die Versicherten haben, ist das tief zu bedauern.

Wenn man die Bekanntmachung oberflächlich ansieht, erscheint sie klar und einfach. Der Laie wird sagen, daß sie volkstümlich und allgemein verständlich gehalten sei. Der Fachmann merkt aber schon bei flüchtiger Durchsicht, daß Mängel vorhanden sind. Durchdenkt er sie aber tiefer, so findet er, daß sie praktisch nur anwendbar ist, wenn es sich um reine Barlohnzahlungen handelt. Aber auch hier tun sich schon Schwierigkeiten auf. Bei wechselnder Arbeitszeit und schwankenden Löhnen in den einzelnen Lohnperioden tritt sehr oft eine Verschiebung der Lohnklassen ein. Es kann kein Zweifel darüber bestehen, daß in solchen Fällen in der einen Woche eine Beitragsmarke dieser und in der andern eine solche jener Lohnklasse geklebt werden muß. Besonders wird das in die Erscheinung treten, wenn der Versicherte infolge Krankheit oder aus anderen Gründen nicht während der ganzen Lohnperiode gearbeitet hat und wenn Akkord- oder Stücklöhne gewährt werden. Die Ermittelung der richtigen Lohnklasse und das Kleben der verschiedenen Markensorten ist mit einer Unsumme von Arbeit, Weiterungen und Unannehmlichkeiten für den Arbeitgeber verknüpft. Bei

Digitized by Google

den hohen Beiträgen haben diese das größte Interesse daran, daß keine höheren als die vorgeschriebenen Beiträge geleistet werden. Sie müssen somit diese beträchtliche Mehrarbeit übernehmen zwecks Ermittelung der richtigen Lohnklasse.

Es ist klar, daß diese Schwierigkeiten nicht überwunden werden konnten, wenn man den wirklichen Verdienst für die Zuteilung der Versicherten zu den Lohnklassen zugrunde legen wollte. Ohne weiteres ist zuzugeben, daß das durch die Bekanntmachung eingeführte System ideal wäre, wenn sich der Durchführung nicht so große Schwierigkeiten entgegenstellen würden. Aus praktischen Erwägungen heraus wäre es meines Erachtens zweckmäßiger gewesen, den 300fachen Betrag des Grundlohnes der Krankenkassen beizubehalten. Man hätte die Grundlöhne anders abstufen und sie vor allen Dingen allgemein mit den Lohnklassen der Invalidenversicherung in Übereinstimmung bringen müssen. Das hätte sich auch leicht durchführen lassen.

Bei reinen Barlohnzahlungen ist es aber immerhin noch verhältnismäßig leicht möglich, nach der Bekanntmachung zu arbeiten. Sehr viel schwieriger und für weite Volkskreise kaum durchführbar gestaltet sich aber die Sache, wenn neben dem Barlohn Sachbezüge gewährt werden. Die Werte dieser Bezüge sind von den Versicherungsämtern so ungleich und nach so verschiedenen Grundsätzen festgesetzt, daß ein schlichter Mann aus dem Volke nicht damit arbeiten kann. Wenn hier wenigstens eine Gleichmäßigkeit in der Festlegung der Sätze für die einzelnen Personenkreise zu erreichen wäre, würden die Verhältnisse schon wesentlich einfacher und besser werden. Es ist unerfindlich, wie das eine Versicherungsamt den Wert der freien Station für Angestellte, Gehilfen, Gesellen, Lehrlinge, Arbeiter und Dienstboten einheitlich auf den gleichen Satz festlegen kann, während das andere nicht nur zahlreiche Berufs-, sondern auch noch Geschlechtsunterschiede macht. Ebensowenig kann man es verstehen, daß einmal nach der Höhe des Einkommens und das andere Mal nach dem Lebensalter die Festsetzungen erfolgen. Dieses Durcheinander besteht nicht nur in weit auseinander gelegenen Bezirken, sondern in enggezogenen Kreisen. Wie sinnlos oft die Werte der Sachbezüge festgesetzt werden, mögen zwei Beispiele dartun: Im Bezirke eines Versicherungsamts ist der Wert der freien Station (Beköstigung und Wohnung) auf 1000 M. jährlich festgesetzt, die Tageskost für die gleichen Personenkreise mit 6 M. in Ansatz gebracht. In einem Versicherungsamt ist der Wert der Sachbezüge für Dienstboten in landwirtschaftlichen Haushalten um 300 M. jährlich höher bemessen als für solche in städtischen Haushalten; in dem in nächster Nähe belegenen anderen Versicherungsamt ist der Wert der Sachbezüge für die im städtischen Haushalte beschäftigten Dienstboten um 200 M. höher festgelegt als für die im landwirtschaftlichen Haushalt tätigen. Wie darauf ein Reim zu finden ist, wird wohl niemand sagen können. Besonders schwierig gestaltet sich die Sache, wenn die Versicherungsämter die Werte der Sachbezüge nicht allgemein, sondern nur für den Einzelfall festgesetzt haben oder festsetzen. In solchen Fällen ist es für den Arbeitgeber einfach nicht möglich, die Beitragsleistung in der vorgeschriebenen Lohnklasse zu bewirken.

Daß die jetzt herrschenden Zustände einer dringenden Neuordnung bedürfen, kann nicht bestritten werden. Es muß vorgeschrieben werden, daß die Versicherungsämter allgemein für die Regelfälle die Werte nach einheitlichen Grundsätzen vorzunehmen haben und bei gleichen oder annähernd gleichen Verhältnissen keine Unterschiede vorkommen. Die Oberversicherungsämter haben die Ortslöhne für ihre Bezirke festzusetzen. Wird ihnen auch die Mitwirkung bei Festsetzung des Wertes der Sachbezüge übertragen, so ist Gewähr dafür geboten, daß wenigstens für größere Bezirke die nötige Gleichmäßigkeit kommt. In den Richtlinien muß aber ausdrücklich bestimmt

Digitized by Google

sein, daß es Aufgabe der Versicherungsämter sei, hierfür zu sorgen.

In der Bekanntmachung ist gesagt, daß Gewinnanteile und andere Bezüge, die der Versicherte gewohnheitsmäßig erhält, nach dem im vorangegangenen Kalenderjahre bezogenen Betrage anzurechnen sind. Die Bestimmung ist unklar und gibt zu Zweifeln Veranlassung, z. B.: Ein Versicherter hat die Stelle gewechselt. Beim bisherigen Arbeitgeber hat er gewohnheitsmäßig zu Weihnachten ein Monatsgehalt als Gratifikation bekommen; auf der neuen Stelle wird ein beträchtlich höheres Gehalt gezahlt, grundsätzlich werden aber keine Geschenke oder sonstigen Zuwendungen gemacht. Nach dem Wortlaut der Bekanntmachung muß die Gratifikation des Vorjahres angerechnet werden; gemeint kann dies aber nicht sein. Wäre es der Fall, so würden sich unhaltbare Zustände ergeben. Der neue Arbeitgeber, der höhere Löhne und Gehälter zahlt als der frühere, der aber keine freiwilligen Zuwendungen macht, müßte für nicht gezahlte Löhne Beiträge leisten. Weshalb hat man diese Bestimmung nicht präziser gefaßt? Es wäre doch so leicht möglich gewesen, wenn man mit Leuten der Praxis Fühlung genommen hätte. Diesen wäre die Unmöglichkeit der Durchführung der Bestimmung sofort klar geworden.

Die Bekanntmachung des Reichsarbeitsministers ist unvollständig; sie läßt eine ganze Anzahl Lohnarbeitsverhältnisse unberücksichtigt. Gemeint sind nicht Ausnahmefälle, sondern Fälle, die tagtäglich vorkommen. Beispiele: Wie ist der Jahresarbeitsverdienst zu ermitteln für Personen, die keine festen Bezüge erhalten, sondern auf Prozente, Trinkgelder u. dgl. mehr angewiesen sind? Welcher Jahresarbeitsverdienst ist zugrunde zu legen, wenn ein fester Barlohn nicht vereinbart ist, sondern bei passender Gelegenheit Geschenke oder sonstige Zuwendungen, die die Versicherungspflicht begründen, gegeben werden? Nach welchen Grundsätzen muß der Jahresarbeitsverdienst errechnet werden, wenn reine Akkordlöhne gezahlt, diese aber erst nach Fertigstellung der Arbeit zur Auszahlung kommen und bis dahin nur Vorschüsse gewährt werden? Die Invalidenversicherungsbeiträge sind spätestens am Schlusse des Kalendervierteljahres zu entrichten. Wie ist die Beitragsleistung zu bewirken, wenn zu diesem Zeitpunkte die Löhne noch nicht feststehen? Es ist unbedingt geboten, daß hier Grundsätze aufgestellt werden. Da nach der Fassung der Bekanntmachung der 300fache Betrag des Ortslohnes — der übrigens auch die tatsächlichen Verhältnisse nicht treffen würde — nicht angewendet werden darf, ist keine Möglichkeit gegeben, solche Versicherten einzugruppieren. Die angezogenen Beispiele lassen sich ganz beträchtlich vermehren; sie genügen aber, darzutun, daß die Bekanntmachung der Ergänzung bedarf.

Die Änderungsbedürftigkeit des Reichsversorgungsgesetzes.

Von Ernst Rieger, Abteilungsvorsteher bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse in Berlin.

Die verhältnismäßig noch junge Praxis der Krankenkassen in der Durchführung des Heilverfahrens nach dem RVG. vom 12. 5. 20 hat bereits das eine Ergebnis gezeitigt, daß in den Kreisen der Kassenpraktiker einmütig die Forderung nach einer durchgreifenden Reform dieses Gesetzes, wenigstens in seinem das Heilverfahren betreffenden Teil, erhoben wird. Eine bloße Abänderung und Vereinfachung der praktischen Handhabung des RVG., so dringend wünschenswert diese an sich auch ist, genügt keineswegs. In organisatorischer Hinsicht sowohl wie in grundsätzlicher Beziehung müssen vielmehr an dem ungenügend vorbereiteten und durchgearbeiteten Gesetz wesentliche Änderungen vorgenommen werden.

Digitized by Google

Diese einhellige Auffassung der Krankenkassen wird auch von solchen Kreisen geteilt, die auf seiten des Reichsarbeitsministeriums und der Versorgungsbehörden mit der praktischen Durchführung dieses Gesetzes amtlich zu tun haben und deshalb tiefere Einblicke in die nüchterne Praxis bekamen.

Auf der diesjährigen Verbandstagung des Hauptverbandes deutscher Ortskrankenkassen (21.—23. August in Hannover) hat der Punkt 5 der Tagesordnung „Reichsversorgungsgesetz und Krankenkassen" einen breiten Raum in den Verhandlungen eingenommen.

Der Berichterstatter, Geschäftsführer Julius Cohn, unterbreitete dem 25. Ortskrankenkassentag eine Entschließung, die unter anderem folgende Forderungen an die Gesetzgebung enthält:

„1. Die Barleistungen für Zugeteilte sollen vom Versorgungsamt, die Krankenpflege und Krankenhauspflege von den Krankenkassen gewährt werden. Für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit infolge Kriegsbeschädigung sollen sie die Vollrente erhalten.

2. Die versicherten Dienstbeschädigten dürfen im Falle der Arbeitsunfähigkeit nicht schlechter gestellt werden wie die Zugeteilten, demzufolge muß während der Arbeitsunfähigkeit infolge Dienstbeschädigung die Rente derart erhöht werden, daß sie mit dem Krankengeld zusammen die Vollrente erreicht.

3. Solange die unter Nr. 1 und 2 aufgestellten Forderungen nicht erfüllt sind, muß das Krankengeld für Zugeteilte betragen: bei einem Einkommen

bis 7200 M. Grundlohn 20 M. Krankengeld 10,— M.
bis 8640 M. Grundlohn 24 M. Krankengeld 12,— M.
bis 9720 M. Grundlohn 27 M. Krankengeld 13,50 M.
über 9720 M. Grundlohn 30 M. Krankengeld 15,— M.

Das Krankengeld ist für jeden Kalendertag zu zahlen. Der Nachweis der Einkommensminderung muß fortfallen. Für die in Anstaltspflege befindlichen Dienstbeschädigten soll das Taschengeld einheitlich 3 M. für den Kalendertag betragen."

Diese Entschließung fand einstimmige Annahme.

Die Forderungen entsprechen durchaus der von den Krankenkassen bereits gewonnenen Erfahrung. Inwieweit sie den Ansprüchen der Dienstbeschädigten selbst genügen, kann hier unerörtert bleiben. Eine kurze Betrachtung der durch das geltende Gesetz geschaffenen Rechtslage und seiner praktischen Unzuträglichkeiten muß aber alle Teile von der dringlichen Reformbedürftigkeit überzeugen.

I. Für die Festsetzung des Krankengeldes für „Zugeteilte" (das sind nicht versicherte Dienstbeschädigte oder solche versicherte Dienstbeschädigte, die wegen des in Frage stehenden Leidens nicht mehr oder überhaupt keine Unterstützungsansprüche gegenüber ihrer Krankenkasse besitzen), also für das sogenannte Versorgungs-Krankengeld, gelten heute folgende Bestimmungen des § 12 Abs. 2 RVG.

„Die Höhe des Krankengeldes ist so zu bemessen, als ob der Beschädigte der Krankenkasse freiwillig beigetreten wäre. Er erhält nur Krankengeld, soweit sein Einkommen durch die Erkrankung gemindert ist. Bezieht der Beschädigte neben dem Krankengeld eine Rente nach diesem Gesetz, so darf das Krankengeld nur in der Höhe gezahlt werden, daß Krankengeld und Rente zusammen den Betrag der Vollrente (§ 29) der Ortszulage (§ 51) und der Teuerungszulage (§ 87) nicht übersteigen."

Das Gesetz übersieht hierbei, daß die Aufnahme „freiwillig beitretender Personen" gemäß § 176 RVO. an eine obere Einkommensgrenze von 2500 M. gebunden ist, mit der hier natürlich unter den gegenwärtigen Verhältnissen nichts anzufangen ist. Bei Kassenmitgliedern aber, die aus der Versicherungspflicht ausscheiden und sich freiwillig weiterversichern, steht der Grundlohn (Beitragsstufe) bereits fest. Für seine Feststellung ist der vom Arbeitgeber der Kasse angezeigte Arbeitsverdienst des Versicherten maßgebend. In den allermeisten Fällen ist es erfahrungsgemäß unmöglich, den Grundlohn eines Zugeteilten zweifelsfrei zu ermitteln. Entweder ist der Mann schon seit Jahren krank und überhaupt ohne jeden Verdienst oder er ist Gelegenheitsarbeiter, Händler u. dgl. und kann die erforderlichen Nachweise darum nicht liefern. Viele Beschädigte waren bei Beginn des Krieges noch in der Ausbildung begriffen (Studenten, Schüler, Lehrlinge usw.). Während des ganzen Krieges befanden sie sich bei ihrer Truppe und seitdem bis in die jüngste Zeit vielfach in Lazaretten. Diese Leute sind heute in einer ungleich übleren Lage, weil sie einmal einen ordentlichen Beruf auszuüben nicht gelernt haben oder an der Ausübung durch den Krieg verhindert

Digitized by Google

wurden, und weil ihr krankhafter Zustand sie gegenüber gesunden Arbeitssuchenden von vornherein weniger konkurrenzfähig macht. Bei der gegenwärtigen großen Arbeitslosigkeit ist aber auch jeder andere Beschädigte, dessen Erwerbsfähigkeit herabgemindert ist, nur seltener und schwerer in der Lage, sich Arbeit und Verdienst zu beschaffen. In vielen Familien ist es beispielsweise üblich geworden, daß der schwerkriegsbeschädigte Ehemann in seinem eigenen kleinen Hauswesen allerhand Besorgungen an Stelle seiner Frau erledigt, während die Frau das zum Lebensunterhalt der Familie Fehlende durch Arbeit außerhalb des Hauses zu verdienen sich bemüht. Wie soll in derartigen Fällen Einkommen und Einkommensminderung des Beschädigten berechnet und festgestellt werden? Alle Hilfsmittel, wie Steuerzettel, Rentenbescheide usw., wie sie die amtlichen Leitsätze des Reichsarbeitsministeriums vorsehen, versagen gegenüber dem wirklichen Leben vollständig. Die Krankenkassen sind also entweder auf die bloßen, nicht nachzukontrollierenden Angaben des Beschädigten angewiesen, oder aber die Frage der Ermittlung der Grundlöhne wird zu einer Quelle unaufhörlicher und widriger Differenzen mit dem Beschädigten selbst. Zwar ist es dem „pflichtgemäßen Ermessen" der Kassen überlassen, das Richtige zu treffen. Das „Richtigste" aber wäre es gerade darum, diese ganze praktisch undurchführbare Bestimmung von Grundlöhnen und Einkommensminderung überhaupt fallen zu lassen, denn auch die im Einvernehmen mit den Kassenverbänden vom Ministerium hilfsweise vorgenommene Gruppierung nach Jahreseinkommen-Stufen ändert nichts an dieser Erfahrung. Die beste Lösung dieser Frage ist naheliegend.

Das Reichsversorgungsgesetz geht bei Festsetzung der Rentenbezüge der Beschädigten von dem Grundsatz aus, daß bei einer Erwerbsminderung von 100 v. H. die Vollrente zu gewähren ist. Folgerichtig müßte deshalb auch in denjenigen Fällen, in denen sich der Gesundheitszustand eines um weniger als 100 v. H. in seiner Erwerbsfähigkeit geminderten Dienstbeschädigten derart verschlimmert, daß er im Sinne der RVO. als vollerwerbsunfähig anzusehen ist, die Vollrente gewährt werden. Bei der Festsetzung der Rentenansprüche der Beschädigten spielt einzig die Ortsklasse mit ihren besonderen Teuerungsverhältnissen, nicht aber die soziale Stellung oder die Verschiedenartigkeit des Einkommens eine Rolle. Die Berechnung des Krankengeldes nach Grundlöhnen bedeutet also einen Bruch mit diesem Grundsatz der Gleichmäßigkeit insofern, als nicht jeder Dienstbeschädigte bei völliger Erwerbsunfähigkeit ein gleichmäßig hohes Krankengeld erhält, sondern ein solches, daß nach seinem Einkommen abgestuft ist. Die Zahlung der Vollrente im Falle der durch Verschlimmerung des Zustandes eines Beschädigten hervorgerufenen völligen Erwerbsunfähigkeit müßten alsdann auch, schon aus verwaltungstechnischen Gründen, die Versorgungsbehörden und nicht die Krankenkassen besorgen. Die letzteren hätten nur nötig, den Versorgungsbehörden von der vom Arzt bescheinigten Erwerbsunfähigkeit eines Beschädigten und ebenso von seiner „Gesundschreibung" Kenntnis zu geben. Die Bestimmung, daß die Höhe des Kankengeldes abhängig ist von der nachgewiesenen Einkommensminderung, müßte in jedem Fall beseitigt werden, da solche Bestimmung in der Praxis zu einem Unrecht gerade gegenüber den ärmsten Schichten der Beschädigten wird, die entweder überhaupt kein regelmäßiges Einkommen haben oder, wie bereits angedeutet, eine Einkommensminderung ebensowenig wie die Höhe des Einkommens überhaupt nachzuweisen vermögen.

II. Es entspricht nur dem Grundsatz der Gerechtigkeit, daß diejenigen Dienstbeschädigten, die entweder während des ganzen Krieges ihre Kassenmitgliedschaft in einer niedrigen Beitragsstufe freiwillig aufrecht erhalten haben oder solche, die nach einem sehr geringen Verdienst (oder von der Er-

Digitized by Google

werbslosenfürsorge auf Grund der Demobilmachungsbestimmungen) einer Krankenkasse in eine niedrige Stufe gemeldet wurden, nicht schlechter gestellt werden als die Nichtversicherten (Zugeteilten). Auch ihnen gebührt bei einer durch die anerkannte Dienstbeschädigung hervorgerufenen völligen Erwerbsunfähigkeit die Vollrente, abzüglich der etwa bezogenen Teilrente und des satzungsmäßigen Krankengeldes natürlich. Die Differenz, d. h. was über das satzungsmäßige Krankengeld hinausgeht, muß den Krankenkassen vom Reich erstattet werden.

III. Aus den gleichen Gründen wie beim Krankengeld muß auch beim Versorgungshausgeld die Einkommensminderung als Voraussetzung fallen. Die Auszahlung des Versorgungshausgeldes an die Zugeteilten müßte ebenso durch die Versorgungsbehörden bewerkstelligt werden. Heute ist die Praxis so, daß die dem Beschädigten zuerkannte Rente monatlich im voraus gezahlt wird. Erfolgt inmitten eines Monats die Einweisung eines Beschädigten in eine Heil- oder Kuranstalt, so muß für den Aufnahmemonat eine umständliche Verrechnung wegen des in die Behandlungszeit entfallenden, bereits gezahlten Teils der Rente von den Krankenkassen vorgenommen werden. Ebensolche Verrechnung haben die Versorgungsbehörden für den Entlassungsmonat vorzunehmen, da die Rente sonst nur in unteilbaren Monatsbeträgen angewiesen zu werden pflegt. Diese Umständlichkeit ließe sich zum Teil vermeiden, wenn die Versorgungsbehörden überhaupt die Zahlung des Versorgungshausgeldes zu regeln haben.

Für die Versicherten besteht bereits jetzt die Bestimmung, daß sie — unter Einbeziehung ihres Kassenhausgeldes — Anspruch auf das Versorgungshausgeld haben. Dieses zahlt ihnen die Krankenkasse, der die Differenz zwischen Kassen- und Versorgungs-Hausgeld vom Reich zu erstatten ist.

IV. Den in Heil- oder Kuranstalten weilenden Beschädigten wird nach Anweisung des Reichsarbeitsministeriums (43 bis 45 der Amtlichen Leitsätze) in jedem Fall ein Taschengeld gezahlt. Auch dann, wenn die Krankenkasse satzungsmäßig zur Zahlung nicht verpflichtet wäre, und selbst wenn bereits Hausgeld gewährt wird. Nur wenn die Krankenkasse das satzungsmäßige Krankengeld gewähren muß (weil das Heilverfahren nicht von ihr, sondern in diesem Fall vom Reich durchgeführt wird), kommt das Taschengeld in Fortfall. Das Versorgungstaschengeld richtet sich nach der in den Kassensatzungen vorgesehenen Höhe und soll mindestens 10 v. H. des „Grundlohnes" betragen. Zweckmäßig wäre auch hier ein fester Einheitssatz insoweit es sich um das für Rechnung des Reichs zu zahlende „Versorgungs"-Taschengeld handelt. Irrtümer, umständliche Korrespondenzen und recht viel Verdruß mit den Beschädigten bliebe dadurch den Krankenkassen erspart.

V. Die Zahlung aller Barleistungen für die nichtversicherten Dienstbeschädigten (Zugeteilten) müßte — wie vorher ausgeführt — den Versorgungsbehörden zufallen. Nur auf ausdrückliche schriftliche Anweisung und bei genauester Angabe der Höhe und der Dauer der Barleistung hätten die Krankenkassen die Auszahlung zu bewirken. Hierfür könnte das Überweisungsverfahren wie es im Verkehr der Krankenkassen miteinander üblich ist (§§ 219—221 RVO.) als Muster dienen. Im übrigen verbliebe den Krankenkassen die Pflicht, das eigentliche Heilverfahren bei den „Zugeteilten" durchzuführen.

VI. Nebenher harren noch zahllose andere Fragen, die sich aus der Praxis des RVG. ergeben, dringend der Lösung. Die Abfindung der Krankenkassen wegen ihrer Aufwendungen für versicherte Dienstbeschädigte nach § 14 RVG. ist bisher noch nicht erfolgt. Im Reichsarbeitsministerium wird eine pauschweise Abfindung erwogen. Diese macht sich um so dringender notwendig, als wohl keine Kasse nachträglich die nötigen Unterlagen aufzubringen vermag, um ihren Ersatzanspruch auf Heller und

Digitized by Google

Pfennig nachweisen zu können. Das Gesetz, das mit rückwirkender Kraft vom 1. April 1920 in Lauf gesetzt wurde, ist in der Tat erst im Februar bzw. März 1921, nämlich erst nach Erscheinen der Ausführungsbestimmungen und der Amtlichen Leitsätze wirklich in Vollzug gebracht worden. Es war deshalb nicht die Schuld der Krankenkassen, wenn sie nicht in der Lage waren, rechtzeitig jeden einzelnen Unterstützungsfall von versicherten Dienstbeschädigten zu erfassen und sich mit den nötigen Unterlagen zu versorgen. (Reichsbehandlungsschein, ärztliche Zeugnisse, Zahlungsbelege usw.). Die Allgemeine Ortskrankenkasse der Stadt Berlin hat in der Zeit seit dem 1. April 1920 bis jetzt nur etwa 3000 Unterstützungsfälle von versicherten Dienstbeschädigten mit Rechtsanspruch auf Heilfürsorge erfassen können. Durchschnittlich dürfte der einzelne Fall, besonders im Hinblick auf die bedeutend erhöhten Krankengelder und die stark gesteigerten Kurkosten etwa 600 bis 700 Mark Ausgaben erfordert haben. Es sind also sehr beträchtliche Summen, die die Krankenkassen schon heute von dem Reich zu fordern haben.

Der 25. Ortskrankenkassentag beschloß dazu:

„Als Ersatz für die vor Inkrafttreten des Reichsversorgungsgesetzes geleisteten Unterstützungen für Dienstbeschädigte hält der Krankenkassentag eine Entschädigung der Kasse in Höhe von 20 M. pro Kopf jedes männlichen Mitgliedes für angemessen."

Aber auch die Abfindung der Kassen nach § 15 RVG. (Zugeteilte) bedarf einer pauschweisen Regelung. Den Krankenkassen, besonders den größeren, ist es einfach unmöglich, ihre wirklichen Ausgaben an Medikamenten, Heilmitteln usw. für die nichtversicherten Beschädigten im einzelnen festzustellen und durch die unzähligen Belege, wie sie das vorgeschriebene Kostenerstattungsverfahren erfordert, nachzuweisen. Wenngleich für die Verordnungen für „Zugeteilte" viele Kassen besonders kenntlich gemachte Formulare vorgesehen haben, gehen ihnen doch große Summen deshalb verloren, weil es die Ärzte unterlassen, diese Formulare zu benutzen. Der § 222 RVO. gibt auch hierfür einen Fingerzeig, indem er die Abgeltung der Aufwendungen der aushelfenden Kasse in ein gewisses Verhältnis zu den Grundlöhnen bringt. Der 25. Ortskrankenkassentag fordert hierzu:

„Sofern die Barauslagen der Krankenpflege für Zugeteilte nicht nachgewiesen werden können, ist der nach den Leitsätzen zu vereinbarende Pauschsatz für ärztliche Behandlung, Arzneien und kleine Heilmittel auf drei Achtel des Grundlohns für jeden Krankheitstag zu bemessen. Beträgt der Grundlohn weniger als 20 M., so ist ein solcher von 20 M. der Berechnung zugrunde zu legen."

Für die Abgeltung der Verwaltungskosten durch das Reich müßte ein bestimmter auf Erfahrung beruhender Tagessatz festgesetzt werden. Als solchen schlagen die Ortskrankenkassen 1 M. je Krankheitstag vor.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Allgemeines.

Gültigkeit von Stimmzetteln trotz unwesentlicher Abweichung vom Wahlvorschlage.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 5. Juli 1921.

Nach § 7 Ziff. III der Wahlordnung der Kasse ist bei den Wahlvorschlägen der Versicherten auch der Arbeitgeber, bei dem sie beschäftigt sind, anzugeben. Diesem Erfordernis genügen die beiden für die Wahl der Ausschußmitglieder eingereichten Wahlvorschläge. § 13 Ziff. II der Wahlordnung bestimmt weiter, daß der Wähler nur einen solchen Stimmzettel abgeben kann, der mit einem der zugelassenen Wahlvorschläge vollständig übereinstimmt. Stimmzettel, die mit keinem der zugelassenen Wahlvorschläge übereinstimmen, sind nach § 13 Ziff. IV a. a. O. ungültig. Bei den zum Wahlvorschlag abgegebenen Stimmzetteln fehlt die Angabe des Namens des Arbeitgebers, während sie im übrigen, wie nicht streitig ist, den Anforderungen der Wahlordnung genügen. Der Ansicht des Oberversicherungsamtes, daß diese Stimmzettel wegen Nichtbezeichnung des Arbeitgebers ungültig seien, kann nicht beigetreten werden. Der Zweck des § 13 Ziff. II der Wahlordnung ist: klarzustellen, daß die Stimmzettel keinen auf der Vorschlagsliste nicht ver-

Digitized by Google

zeichneten Namen enthalten dürfen und daß die Reihenfolge der Bewerber der des Wahlvorschlages entsprechen muß. Die Stimmzettel müssen also insoweit mit der Vorschlagsliste übereinstimmen (zu vgl. auch § 13 Ziff. IV der Wahlordnung). Diesem Erfordernis genügt aber der Stimmzettel zu dem Wahlvorschlage 2; denn er bezeichnet die zu Wählenden in Übereinstimmung mit dem Vorschlage namentlich unter Angabe ihrer Berufsstellung und ihrer Wohnung, und zwar finden sich auf ihm dieselben Namen wie in dem Wahlvorschlag und in derselben Reihenfolge wie dort. Damit erfüllt er die wesentlichen Voraussetzungen, die nach der Wahlordnung an die Stimmzettel zu stellen sind. Insbesondere kann eine unzulässige Abweichung der Stimmzettel von dem Wahlvorschlage in der unterlassenen Angabe des Arbeitgebers der Versicherten nicht erblickt werden. Auch Unklarheiten über die Person der Vorgeschlagenen konnten hierdurch nicht entstehen. Soweit sich im Einzelfalle ein Zweifel erhoben hätte, welche von mehreren gleichnamigen Personen gemeint sei, hätte er durch ein Zurückgehen auf die Vorschlagsliste unschwer beseitigt werden können. Die Stimmzettel zu dem Wahlvorschlage 2 sind somit als gültig anzusehen. . . .

Versäumung der Rechtsmittelfrist wegen Unkenntnis der deutschen Sprache usw.

Rek. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** (7. Sen.) vom 7. Juni 1921 (Ia 215/21).

Der Kläger hat gegen das Urteil des Oberversicherungsamts, das ihm zu Händen seiner Tochter am 14. Dezember 1920 behändigt worden ist, durch einen beim Reichsversicherungsamt am 22. Januar 1921 eingegangenen Schriftsatz Rekurs eingelegt. Das Rechtsmittel ist gemäß § 1713 Abs. 1 RVO. vom Vorsitzenden des Spruchsenats als unzulässig verworfen worden. Hiergegen hat der Kläger rechtzeitig die Entscheidung des Spruchsenats angerufen, weil er der deutschen Sprache nicht mächtig und mit den Bestimmungen der RVO. nicht vertraut sei. Seine jugendliche Tochter habe den Briefumschlag anscheinend gleich vernichtet. Er habe sich mit der Entscheidung des Oberversicherungsamts an das Arbeitssekretariat gewendet und weiter auch durch Beschaffung von Lohnbescheinigungen einige Tage versäumt. — Die Verfügung des Senatsvorsitzenden ist bestätigt worden aus folgenden **Gründen**:

Die Ausführungen des Klägers sind nicht geeignet, eine Abweichung von der Entscheidung des Senatsvorsitzenden zu rechtfertigen. Wie in der angefochtenen Verfügung dargelegt ist, hat der Kläger die in den §§ 128, 129, 1699 RVO. vorgeschriebene einmonatige Rekursfrist versäumt. Die Ordnungsmäßigkeit der Zustellung des Urteils ist von dem Kläger nicht bemängelt worden. Die durch die Post bewirkte Zustellung zu Händen der 14½jährigen Tochter des Klägers entspricht auch im vorliegenden Falle den allgemein bestehenden gesetzlichen und Verwaltungsbestimmungen, insbesondere den Vorschriften der Postordnung über die Behändigung eingeschriebener Briefe, da die Empfängerin der Urkunde den Haushalt für die Familie des Klägers zu führen hat und daher anzunehmen ist, daß sie so weit in der Entwicklung vorgeschritten ist, daß man ihr die richtige Weiterbesorgung des Schriftstückes zutrauen durfte (zu vgl. Entsch. des Reichsger. in Zivils. Bd. 17 S. 339; Sächs. Oberlandesger. 30 S. 326; Regers Entsch. 32 S. 342). Sie kann daher als erwachsene Familienangehörige im Sinne der Postordnung gelten (zu vgl. Rekursentsch. 817, Amtl. Nachr. 1890 S. 190). Der Kläger behauptet auch selbst nicht, daß die Tochter etwa unterlassen habe, ihm die Urteilsausfertigung alsbald zu behändigen, sondern beruft sich nur darauf, daß sie anscheinend den Umschlag gleich vernichtet habe. Wenn das letztere zugunsten des Klägers unterstellt wird, so wäre doch der gegebenen Sachlage noch kein Grund ersichtlich, der die Wiedereinsetzung in den vorigen Stand gegen die Versäumung der Verfahrensfrist rechtfertigen könnte. Diese Wiedereinsetzung könnte dem Kläger gemäß § 131 RVO. nur erteilt werden, wenn er durch Naturereignisse oder andere unabwendbare Zufälle verhindert worden wäre, die Frist einzuhalten. Hiervon kann vorliegend nicht die Rede sein. Es liegt lediglich eine schuldhafte Versäumnis vor, deren Folgen sich der Kläger selbst zuzuschreiben hat. Da er der deutschen Sprache nicht mächtig sein will, so war es seine Pflicht, sich sofort nach Empfang der Urkunde an eine Stelle zu wenden, von der er über den Inhalt aufgeklärt und das weitere veranlaßt wurde, wie er das später, aber nicht rechtzeitig, durch Angehen des katholischen Arbeitersekretariats in Essen getan hat. Hierzu lag für ihn ein um so dringenderer Anlaß vor, als er wußte, daß ein Verfahren über die von ihm gegen die Berufsgenossenschaft erhobenen Ansprüche schwebte. Die Versäumung der Frist ist somit nur darauf zurückzuführen, daß der Kläger die gewöhnliche, auch einem einfachen und der Landessprache nicht vollmächtigen Manne obliegende, pflichtgemäße Sorgfalt bei der Besorgung seiner Angelegenheiten nicht beobachtet hat. Ist daher der § 131 a. a. O. zu seinen Gunsten nicht anwendbar, so muß es bei der Verfügung des Vorsitzenden, durch welche der Rekurs als verspätet verworfen ist, sein Bewenden haben.

Versicherungspflicht der sog. „Hebevertreter" einer Versicherungsgesellschaft.

Entscheidung des **Versicherungsamts der Stadt Halle a. S.** v. 15. August 1921 (IXa. A. I. 14/21).

Die beklagte Versicherungsaktiengesellschaft hatte bis 31. 10. 20 die für sie in H. tätigen Einnehmer bei der klagenden Ortskrankenkasse zur Krankenversicherung angemeldet. Vom 1. 11. 20 an stellte die Beklagte die Einnehmer als „Hebevertreter" an, betrachtete sie als selbständige Gewerbetreibende und meldete sie bei der Klägerin ab, weil die Hebevertreter die Einziehung der Prämien besorgen könnten, wann und wie es ihnen paßt, auch nur in größeren

Digitized by Google

Zwischenräumen, möglichst monatlich nur einmal, abzurechnen brauchten und nur Provision erhielten, während die Einnehmer häufiger abzurechnen hätten und festes Gehalt bezögen. Den Hebevertretern stände es frei, sich anderweitig nach Belieben, nur nicht für die Konkurrenz, zu betätigen. Sie seien auch nicht mehr verpflichtet, neue Versicherungen zu vermitteln. Demgegenüber legte die Klägerin dar, daß und inwiefern in dem Arbeitsverhältnis eine wesentliche Änderung nicht eingetreten sei, in der Hauptsache nur die Berufsbezeichnung eine andere geworden sei. Das Versicherungsamt erachtete die Hebevertreter für versicherungspflichtig aus folgenden Gründen:

Dem Versicherungsamte liegt eine Abschrift des von der Beklagten mit den Hebevertretern abgeschlossenen Vertrages vor. In diesem Vertrage verpflichten sich die Hebevertreter, die Erhebung der Versicherungsbeiträge, die Regelung und Auszahlung der Versicherungsabläufe und Schadensfälle, Erkundigungen und andere Aufträge fachlicher Art gewissenhaft und sachgemäß nach den erteilten Anweisungen auszuführen und dabei die ständig gegebene Gelegenheit zur Zuführung neuer Versicherungen in allen Zweigen gründlich auszunutzen. Die Hebevertreter haben danach nicht nur, wie ein Angestellter, Aufträge nach bestimmten Anweisungen auszuführen, sondern, entgegen der Behauptung der Beklagten, nach wie vor auch Versicherungen abzuschließen. Weiterhin sind sie verpflichtet, eine der Höhe nach von der Beklagten zu bestimmende Sicherheit zu hinterlegen und den Wohnsitz nur im Einverständnis mit der Beklagten zu ändern. Die Hebevertretung kann nur nach vorangegangener einmonatiger Kündigung aufgegeben oder entzogen werden. Die Hebevertreter dürfen für keine andere Gesellschaft oder Anstalt in den Geschäftszweigen wirken, welche die Beklagte führt, sie dürfen auch für keine andere Geschäftsstelle der Beklagten ohne ihre Genehmigung tätig sein. Die auftragsgemäß erhobenen Gelder sind als unmittelbares Eigentum der Beklagten wie von einem Kassenbeamten zu vereinnahmen und in einem besonderen Behältnisse mit der Aufschrift: „Kasse der Viktoria-Versicherung" zu verwahren. Die Ablieferung des Kassenbestandes hat zu erfolgen, sobald die Direktion oder die Geschäftsstelle es verlangt, wenn der Kassenbestand 150 M. erreicht und regelmäßig am Abrechnungstage oder wenn der Vertreter persönlich bei der Geschäftsstelle erscheint, ohne Rücksicht auf die Höhe des Betrages. Die Direktion und die Geschäftsstelle sind jederzeit berechtigt, selbst oder durch Beauftragte, die Vertretung nachzusehen. Als Entschädigung für die geleisteten Arbeiten erhalten die Hebevertreter Provisionen. Die Höhe dieser Provisionen ist zum Teil sehr beträchtlich. Das Versicherungsamt hat von der Beklagten eine Aufstellung über die in den Monaten November 1920 bis Februar 1921 an die Hebevertreter gezahlten Provisionen angefordert. Im Durchschnitt ist eine Provision von monatlich 1300 M. gezahlt worden; in einer Anzahl von Fällen übersteigt sie aber weit den Betrag von 2000 M. und erreicht 2800 M., nur in zwei Fällen sinkt sie, einmal unter 1000 M. Es ist somit festgestellt, daß die Hebevertreter in vielen Beziehungen von der Beklagten abhängig sind und nach der Höhe der gezahlten Provision ihre ganze Arbeitskraft der Beklagten zur Verfügung stellen. Trotzdem hat das Versicherungsamt noch weitere Erhebungen angestellt, indem es von den Hebevertretern hat Fragebogen beantworten lassen. Die Hälfte der Hebevertreter, darunter zwei, die inzwischen aus der Beschäftigung bei der Beklagten ausgeschieden sind, haben die Fragebogen so beantwortet, daß ihr Angestelltenverhältnis zur Beklagten deutlich hervorgeht. Sie betrachten sich nicht als selbständige Gewerbetreibende und haben einen Betrieb auch nicht zur Gewerbesteuer angemeldet. Sie haben 1000 M. Sicherheit hinterlegt, unterliegen der Kündigung, und es ist ihnen ein bestimmter Tätigkeitsbezirk vorgeschrieben. Sie dürfen ihren Wohnsitz ohne Genehmigung nicht wechseln, ihre Tätigkeit wird kontrolliert, neben derselben haben sie keine Zeit zu einer Nebenbeschäftigung, weil die Tätigkeit für die Beklagte ihre ganze Zeit in Anspruch nimmt. Für die Konkurrenz zu arbeiten ist ihnen verboten. Die eingezogenen Gelder müssen sie täglich abliefern. Die andere Hälfte der Hebevertreter hat die Fragebogen, wie aus der fast gleichen Ausfüllung zu ersehen ist, augenscheinlich nach Rücksprache mit der hiesigen Geschäftsstelle der Beklagten beantwortet. Aber auch aus diesen Fragebogen geht die Abhängigkeit der Hebevertreter von der Beklagten deutlich hervor.

Der Inhalt der zwischen der Beklagten und den Hebevertretern abgeschlossenen Verträge rechtfertigt es, daß die Hebevertreter als Angestellte bezeichnet werden, und nach Inhalt der Fragebogen ist das Wesentliche des Angestelltenverhältnisses, die Abhängigkeit bei Ausübung der Erwerbshandlungen, bei allen Vertretern gegeben. Daß diese als Entschädigung für ihre Leistungen kein Gehalt, sondern Provision erhalten, ist bedeutungslos; Provision ist weiter nichts als eine besondere Form der Bezahlung eines nach Maßgabe der geleisteten Arbeit abgestuften Gehaltes. Sind die Hebevertreter aber als Angestellte zu betrachten, so unterliegen sie, soweit ihr Jahresarbeitsverdienst 15 000 M. nicht übersteigt, der Krankenversicherungspflicht und sind bei der Klägerin anzumelden.

Digitized by Google

B. Zur Krankenversicherung.

Grenze des Aufsichtsrechts des Versicherungsamts über Krankenkassen.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** v. 15. April 1921 (2649 Amtl. Nachr. 1921 S. 338).

. . . Das Aufsichtsrecht der Aufsichtsbehörde erstreckt sich nach § 30 RVO. darauf, daß Gesetz und Satzung beobachtet werden. Weder im Gesetze noch in den Satzungen der Krankenkassen findet sich eine Vorschrift, wonach die Kasse verpflichtet ist, Anträge, über die höhere Behörden zu entscheiden haben, durch die Hand der zunächst übergeordneten Aufsichtsbehörde weiterzugeben. § 129 RVO., der sich lediglich auf Rechtsmittel bezieht, kommt hier nicht in Frage. Gewiß wird es in den meisten Fällen im Interesse einer sachlichen Behandlung solcher Anträge und eines beschleunigten Geschäftsganges zweckmäßig sein, sie nicht unmittelbar an die zur Entscheidung zuständige Stelle, sondern an die Aufsichtsbehörde der Kasse einzureichen, und es darf von einem verständigen Zusammenwirken der Kassen mit den beteiligten Behörden erwartet werden, daß die Kassen einer dahingehenden Anregung der Aufsichtsbehörde Folge leisten. Aus diesem Gesichtspunkt ist es vorliegend auch nicht ersichtlich, weshalb die Allgemeine Ortskrankenkasse R. den in Frage stehenden Befreiungsantrag gerade dem Oberversicherungsamte, das zur Entscheidung nicht berufen war, einreichte. Aber eine entsprechende Anordnung der Aufsichtsbehörde, die die Kasse zu befolgen verpflichtet wäre, findet im Gesetz und in der Satzung keine Stütze und überschreitet daher das Aufsichtsrecht des Versicherungsamts (zu vgl. Entsch. des Preuß. Oberverwaltungsger. vom 17. Mai 1907, Bd. 51 S. 428). Die angefochtene Anordnung des Versicherungsamts E. vom 8. Juni 1920 war daher aufzuheben.

Zur Gewährung teilweiser Sachleistungen der Wochenhilfe nach § 195c RVO.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** (Datum nicht ersichtlich; 2662 Amtl. Nachr. 1921 S. 373).

Die streitige Auslegung des § 195c RVO. erfordert ein Eingehen auf die Entstehungsgeschichte dieser Gesetzesvorschrift. Während nach den Bekanntmachungen über die Reichswochenhilfe (§ 4 der Bek. vom 3. Dezember 1914, RGBl. S. 492 und § 12 Abs. 3 der Bek. vom 23. April 1915, RGBl. S. 257) es den Kassen nur gestattet war, statt des einmaligen Beitrags zu den Entbindungskosten in Höhe von damals 25 M. einheitlich freie Behandlung durch Hebamme und Arzt sowie die erforderliche Arznei bei der Niederkunft zu gewähren, erklärt der vom Ausschuß der Nationalversammlung eingefügte Satz 2 des § 195c Abs. 1 RVO. es für zulässig, auch nur eine oder mehrere der genannten Sachleistungen gegen entsprechende Aufrechnung an der Barentschädigung zu gewähren. Hierbei ist zunächst zu beachten, daß § 195c sich nur auf die Ablösung der Barleistungen der Wochenhilfe aus § 195a Abs. 1 Nr. 1 und 3 bezieht. Allerdings sieht der von der Familienhilfe handelnde § 205a im Abs. 4 vor, daß § 195c entsprechend gilt. Wie im Schrifttum anerkannt wird (zu vgl. Krause, Wochenhilfe 1920, Anm. 10 zu § 195c; Jäger, Wochenhilfe 1920, Anm. 7 ebenda; Hoffmann im Zentralbl. der Reichsverf., 1921 Sp. 2), erstreckt sich aber ein Beschluß des Kassenvorstandes, der im Rahmen des § 195c Abs. 1 Satz 2 gefaßt ist, nicht ohne weiteres gleichzeitig auch auf die Wöchnerinnen, deren Anspruch sich auf § 205a gründet; hierzu bedarf es vielmehr, da der Beschluß über die Gewährung von Sach- an Stelle der Barleistungen für das Gebiet der Wochen- und der Familienhilfe verschieden gefaßt werden kann, besonderer Beschlußfassung. Da der Beschluß des Kassenvorstandes vom 10. Oktober 1919 insoweit über den Umfang seiner Wirksamkeit Zweifel zuläßt, so hat das Reichsversicherungsamt beim Vorstand der Kasse angefragt und darauf die Auskunft erhalten, daß der bezeichnete Vorstandsbeschluß sich auf alle Wöchnerinnen, gleichgültig ob sie Anspruch auf Wochen- oder auf Familienhilfe haben, beziehen sollte und auch entsprechend in der Praxis angewandt worden ist. Hiernach unterliegt es zunächst keinen Bedenken, den fraglichen Vorstandsbeschluß auch der Entscheidung des vorliegenden Streitfalls, in dem es sich um einen Fall der Familienhilfe handelt, zugrunde zu legen. Danach gewährt die Kasse bei Geburten notwendig werdende ärztliche Hilfe in Natur und zahlt zur Bestreitung der Hebammenkosten einen Betrag von 30 M. Dieser Beschluß des Vorstandes konnte aber, wie aus § 195c Abs. 2 in Verbindung mit § 205a Abs. 4 zu entnehmen ist, nur allgemein für alle Wöchnerinnen gefaßt werden, denen die Kasse nach § 195a Wochenhilfe oder nach § 205a Familienhilfe zu leisten hat. Das ergibt sich auch aus den vom Reichsarbeitsministerium unter dem 5. Dezember 1919 herausgegebenen Erläuterungen zu dem Gesetz über Wochenhilfe und Wochenfürsorge vom 26. September 1919 unter c zu § 195c, abgedruckt in der „Betriebskrankenkasse" 1919 S. 186, wonach der Gesetzgeber, um der Verwaltungsübung der Krankenkassen Rechnung zu tragen, es ausdrücklich für zulässig erklärt hat, statt sämtlicher in Frage kommender Sachleistungen nur eine oder mehrere von ihnen, beispielsweise also entweder Hebammendienste oder ärztliche Behandlung und Arznei, zu bewilligen und der Wöchnerin den durch die Sachleistungen nicht gedeckten Teil der Barleistungen aus-

Digitized by Google

zuzahlen. Hiernach erscheint es nicht angängig, daß eine Kasse im Einzelfalle berechnet, wieviel sie für Sachleistungen aufgewendet hat und wieviel infolgedessen von dem Barbetrage noch übrigbleibt. Vielmehr kann der Kassenvorstand immer nur ganz allgemein beschließen, daß und in welchem Umfang Sachleistungen an die Stelle der Barleistungen treten sollen; ist eine Sachleistung im Einzelfalle nicht gewährt worden, weil sie nicht erforderlich war, so ist die entsprechende Verpflichtung der Kasse damit erfüllt (übereinstimmend Hoffmann, a.a.O. unter IV; Krause, a.a.O., Anm. 7). Nun besagt allerdings § 195c Abs. 1 Satz 2, daß die Gewährung teilweiser Sachleistungen gegen „entsprechende" Aufrechnung an der Barentschädigung möglich ist. Wie die erwähnten Erläuterungen des Reichsarbeitsministeriums hierzu bemerken, ist die Höhe des Abzugs für die Sachleistungen dem pflichtmäßigen Ermessen des Vorstandes überlassen; der Abzug ist nach dem Verhältnis ihres durchschnittlichen Wertes zu dem Werte der Gesamtleistungen, die durch den Pauschbetrag gedeckt werden sollen, für alle Fälle einheitlich zu regeln. Eine entsprechende Berechnung der von ihr für ärztliche Hilfe in Geburtsfällen aufgewendeten Kosten hat die beklagte Kasse, wie sie selbst angibt, vor Fassung des Beschlusses vom 10. Oktober 1919 allerdings nicht aufgestellt. Daß der Abzug von 20 M. von der Barentschädigung für Gewährung ärztlicher Hilfe das gesetzlich zulässige Maß überschreitet, ist indessen nach Lage der Sache nicht anzunehmen und vom Kläger auch nicht behauptet. Jedenfalls rechtfertigt die Angabe der Kasse, daß die von ihr aufgewendeten Kosten für ärztliche Geburtshilfe durch die vom Pauschbetrag einbehaltenen Summen nicht gedeckt worden seien, die Feststellung, daß der in Frage stehende Vorstandsbeschluß nicht etwa pflichtwidrig zum Nachteil des Versicherten getroffen worden ist. Hiernach konnte nur festgestellt werden, daß der Abzug von 20 M. von den dem Kläger ausgezahlten Entbindungskosten den gesetzlichen Vorschriften entsprechend vorgenommen war. Der Anspruch des Klägers auf Nachzahlung dieser 20 M. erscheint daher nicht begründet und mußte unter Aufhebung der angefochtenen Entscheidung abgewiesen werden.

Kassenzuständigkeit für die weiterversicherten Mitglieder einer aufgelösten Krankenkasse.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 24. Juni 1921 (2667 Amtl. Nachr. 1921 S. 378).

Gegen die Abgabe der Sache bestehen keine Bedenken, denn es handelt sich um einen Streit über das Versicherungsverhältnis zwischen einer Versicherten und mehreren Krankenkassen, über den nach § 405 Abs. 2 RVO. das Oberversicherungsamt endgültig zu entscheiden hat; streitig ist die bisher noch nicht grundsätzlich entschiedene Rechtsfrage, welche Kasse unter der „entsprechenden Krankenkasse" im Sinne des § 300 Abs. 1 Satz 2 RVO. zu verstehen ist. Dem Versicherungsamt ist darin beizutreten, daß unter den in dieser Gesetzesvorschrift erwähnten versicherungsberechtigten Mitgliedern nicht nur die nach den §§ 176 ff. RVO. zum freiwilligen Beitritt Berechtigten, sondern auch die nach § 313 RVO. freiwillig Weiterversicherten zu verstehen sind; das folgt ohne weiteres aus dem Sinne und Zwecke der Vorschrift. Der Wortlaut steht nicht entgegen. Der Ausdruck „Versicherungsberechtigte" umfaßt auch an anderen Stellen des 2. Buches der RVO. (z. B. §§ 213, 314) nicht nur die im § 176 Bezeichneten, sondern auch die nach § 313 zur Weiterversicherung Berechtigten. Über die Frage, welche Kasse als die im § 300 Abs. 1 Satz 2 RVO. genannte „entsprechende Kasse" anzusehen ist, gibt der Wortlaut der Gesetzesvorschrift keinen klaren Aufschluß, auch die Begründung zu § 313 des Entwurfs (§ 300 des Gesetzes) besagt hierüber nichts. Man wird, um zu einer sachgemäßen und zweckentsprechenden Auslegung zu kommen, auf die Vorschriften des Gesetzes über die Kassenzugehörigkeit im allgemeinen zurückgreifen müssen. Grundsätzlich bestimmt sich die Kassenzugehörigkeit durch die Beschäftigung in dem örtlichen Bezirke der Kasse. Versicherungspflichtige sind, soweit sie nicht kraft besonderer Vorschrift in eine knappschaftliche Krankenkasse oder in eine besondere Orts- oder eine Betriebs- oder eine Innungskrankenkasse gehören, je nach ihrem Erwerbszweig Mitglieder der Allgemeinen Orts- oder Landkrankenkasse ihres Beschäftigungsorts (§ 234 RVO.) und können sich im Falle des Ausscheidens nach § 313 RVO. bei derselben Kasse weiterversichern. Nach demselben Grundsatz werden im Falle der Auflösung oder Schließung einer Kasse die noch vorhandenen versicherungspflichtigen Mitglieder gemäß § 300 Abs. 1 Satz 1 RVO. vom Versicherungsamte den „zuständigen" Krankenkassen zugewiesen, d. h. also derjenigen Krankenkasse, in die das einzelne Mitglied nach der Art seiner Beschäftigung gehört. Das Merkmal der bestehenden Beschäftigung ist also maßgebend hinsichtlich der Bestimmung der für die Fortsetzung der Mitgliedschaft zuständigen Kasse. Entsprechend wird man anzunehmen haben, daß die freiwillig weiterversicherten Mitglieder der aufgelösten oder geschlossenen Kasse sich bei derjenigen Kasse weiterversichern können, der sie auf Grund ihrer früheren, die Versicherungspflicht begründenden Beschäftigung anzugehören hätten, wenn diese Beschäftigung bis zur Auflösung oder Schließung fortgesetzt worden wäre. Während also bei den versicherungspflichtigen Mitgliedern die noch

Digitized by Google

bestehende Beschäftigung über die Bestimmung der zuständigen Kasse entscheidet, ist bei den Weiterversicherten diejenige Beschäftigung maßgebend, die seinerzeit das Recht zur Weiterversicherung begründet hat. Regelmäßig werden hiernach die versicherungspflichtigen und die freiwilligen Mitglieder je nach der Art der maßgebenden Beschäftigung bei derselben Kasse die Mitgliedschaft fortsetzen, oder aber, wie Hahn, Handb. der Krankenversf., Anm. 2 zu § 300 RVO. ausführt, die Versicherungsberechtigten werden das Recht auf Mitgliedschaft bei der vom Versicherungsamte bezeichneten Kasse haben; nur ist, wenn man das Ergebnis in letzterem Sinne zusammenfaßt, der Fall nicht berücksichtigt, daß versicherungspflichtige Mitglieder der aufgelösten oder geschlossenen Kasse überhaupt nicht zu überweisen sind. Wollte man, mit dem Versicherungsamte, für die Bestimmung der „entsprechenden" Kasse im Sinne von § 300 Abs. 1 Satz 2 RVO. den Wohnort des Versicherungsberechtigten im Zeitpunkt der Auflösung oder Schließung entscheidend sein lassen, so würde das unter Umständen auch die Auseinandersetzung der beteiligten Kassen erheblich erschweren. Nach § 303 Abs. 1 RVO. ist ein nach Abwicklung der Geschäfte noch verbleibender Vermögensbetrag vom Versicherungsamt unter Berücksichtigung des Mitgliederüberganges den Krankenkassen zuzuweisen. Diese Auseinandersetzung wird wesentlich vereinfacht, wenn versicherungspflichtige und versicherungsberechtigte Mitglieder ihre Mitgliedschaft tunlichst bei denselben Kassen fortsetzen; sie wird aber unter Umständen nicht unwesentlich erschwert, wenn die mehr oder minder zufällige Tatsache des Wohnorts über die Bestimmung der „entsprechenden" Kasse entscheidet.

C. Zur Unfallversicherung.

Eine tatsächliche Feststellung (Nichtanerkennung einer Tatsache) gilt für sich allein nicht als „Bescheid" der Berufsgenossenschaft. — Begriff einer zusammenhängenden ärztlichen Behandlungszeit.

Rev. Entsch. des **Reichsversicherungsamts** vom 6. April 1921 (2648 Amtl. Nachr. 1921 S. 336).

B. war Mitglied der klagenden Kasse und hat am 27. März 1917 einen Betriebsunfall erlitten. Die beklagte Berufsgenossenschaft hat ihm wegen der Folgen dieses Unfalls durch rechtskräftigen Bescheid für die Zeit vom 27. Juni bis zum 30. Juni 1917 die Unfallvollrente und vom 1. Juli 1917 an eine Teilrente von 50 v. H. zugesprochen.

Die Klägerin hat dem B. wegen der Unfallfolgen Krankenhilfe gewährt, und zwar über die 13. Woche hinaus. Sie verlangt von der Beklagten unter anderem Ersatz für Krankenpflege vom 27. Juni bis zum 7. September 1917 mit ⅔ des Grundlohns. Die Beklagte hat den Anspruch nur für die Zeit vom 6. bis zum 27. Juli und für den 7. September 1917 anerkannt, da die ärztliche Behandlung am 27. Juli tatsächlich beendet gewesen und B. am 7. September nur wegen Verordnung einer Brille zum Arzte gegangen sei, für die Zwischenzeit der Pauschbetrag aus § 1503 Abs. 1 RVO. also nicht verlangt werden könne. Die Beklagte hat auch in einem an B. gerichteten, der Klägerin abschriftlich übersandten Bescheide vom 1. Dezember 1919 den Anspruch des Verletzten auf Krankenpflege nur für die Zeit vom 6. bis zum 27. Juli 1917 und wegen der am 7. September 1917 erteilten Brillenverordnung anerkannt, im übrigen aber bestritten, daß eine weitere ärztliche Behandlung des B. erfolgt sei, weil hierfür der Nachweis fehle.

Die Klägerin hat Klage erhoben mit dem Antrag, die Beklagte auch zum Ersatze der Krankenpflegekosten für die Zeit vom 28. Juli bis zum 6. September 1917 zu verurteilen. Die Beklagte verlangt, daß dieser Antrag als Einspruch gegen ihren Bescheid vom 1. Dezember 1919 angesehen und an sie zur Entscheidung abgegeben werde. Das Versicherungsamt hat den Antrag als Ersatzanspruch im Spruchverfahren behandelt und durch Urteil nach dem Antrag der Klägerin erkannt. Die hiergegen gerichtete Berufung der Beklagten ist durch Urteil des Oberversicherungsamts zurückgewiesen. — Auf Revision der Beklagten hat das Reichsversicherungsamt das Urteil aufgehoben. — Gründe:

Die Entscheidung der Frage, ob der von den Vorinstanzen im Spruchverfahren als Ersatzanspruch behandelte Antrag der Klägerin tatsächlich als Einspruch gegen den Bescheid der Beklagten vom 1. Dezember 1919 anzusehen ist, hängt davon ab, welche Bedeutung diesem Bescheide beizumessen ist, insbesondere ob dieser Bescheid der Anerkennung des Ersatzanspruchs entgegensteht. In dem Bescheide wird „nicht anerkannt", daß in der streitigen Zeit eine ärztliche Behandlung erfolgt ist, und zwar mangels eines Nachweises. Er enthält also nicht etwa die Feststellung, daß die Beklagte für Krankenpflege in der streitigen Zeit nicht ersatzpflichtig sei. Vielmehr handelt es sich nur um eine tatsächliche, der Rechtskraft nicht fähige Feststellung. Da die Frage der Krankenbehandlung (§ 558 Nr. 1 RVO.) zwischen dem Verletzten und der Beklagten nicht streitig war, lag zu dem Erlaß des Bescheids keine Veranlassung vor. Der vorliegende Bescheid ist daher rechtlich bedeutungslos. Aber auch wenn der Bescheid dahin aufzufassen wäre, daß die Erstattungspflicht der Beklagten verneint werden sollte, könnte ihm keine wesentliche Bedeutung beigelegt werden. Denn die hier allein streitige Frage, in welchem Umfang die Klägerin Leistungen gewährt hat, für die sie nach § 1501 RVO. Ersatz verlangen kann, wird nicht durch Bescheid der Berufsgenossenschaft und in dem darauf folgenden Verfahren, sondern gemäß § 1515 Abs. 2 RVO. im Spruchverfahren entschieden. Die

Digitized by Google

Revisionsentsch. 2434 (Amtl. Nachr. 1918 S. 299), auf welche sich die Beklagte beruft, und ebenso die Revisionsentsch. 1857 (Amtl. Nachr. 1914 S. 549) können hier nicht in Betracht kommen. Denn beide betreffen Fälle, in denen die Entschädigungspflicht der Berufsgenossenschaft für die Unfallfolgen streitig war. Dieser Streit muß nach den genannten Entscheidungen im Verfahren der Unfallversicherung ausgetragen werden. Hier aber ist die Entschädigungspflicht der Beklagten an sich nicht streitig gewesen. Vielmehr steht nach dem rechtskräftigen Bescheide vom 25. November 1919, der dem Verletzten für die Zeit vom 1. Juli 1917 ab eine Rente von 50 v. H. zuspricht, im Gegenteil fest, daß der Verletzte für die Zeit, für die ihm die Klägerin Leistungen gewährt haben will, infolge des Unfalls auch einen Anspruch auf Unfallentschädigung hatte. Demgemäß bestreitet die Beklagte tatsächlich auch nicht das Bestehen eines Ersatzanspruchs als solchen. Ihre Einwendungen richten sich vielmehr gegen den Umfang des Ersatzanspruchs. Denn sie macht geltend, daß die Klägerin dem Verletzten in der Zeit vom 28. Juli bis zum 6. September 1917 Krankenpflege überhaupt nicht gewährt hat, so daß nach ihrer Ansicht die Klägerin für diese Zeit auch den Pauschbetrag nach § 1503 RVO. nicht berechnen kann. Das ist eine Frage des im 5. Buche der RVO. geregelten Erstattungsrechts, über die lediglich im Spruchverfahren zu entscheiden ist. Der Bescheid der Beklagten vom 1. Dezember 1919 steht daher, welche Bedeutung man ihm auch beimessen will, dem Anspruch der Klägerin nicht entgegen.

Das Verfahren der Vorinstanzen war hiernach in formeller Beziehung nicht zu beanstanden. Dagegen ist die angefochtene Entscheidung in sachlicher Beziehung nicht bedenkenfrei. Das Oberversicherungsamt nimmt an, daß die ärztliche Behandlung des Verletzten erst am 7. September 1917 abgeschlossen gewesen sei und spricht der Klägerin deshalb den Pauschbetrag aus § 1503 a.a.O. auch für die Zeit vom 28. Juli bis zum 6. September 1917 zu, in der nach der eigenen Darstellung der Verletzte nicht beim Arzte gewesen ist. Es ist zwar richtig, daß der Pauschbetrag für jeden Tag der Behandlungsdauer zu zahlen ist, und daß eine zusammenhängende ärztliche Behandlung auch dann vorliegen kann, wenn der Arzt nur an einzelnen, nicht aufeinanderfolgenden Tagen aufgesucht wurde (zu vgl. Entsch. 2506, Amtl. Nachr. 1919 S. 275). In dieser Entscheidung wird aber weiter ausgeführt, daß sich die bezeichnete Frage nur von Fall zu Fall entscheiden läßt, es müßte allerdings verhindert werden, daß der Pauschbetrag durch eine willkürliche Ausdehnung der Behandlungszeit unverhältnismäßig erhöht würde. Im vorliegenden Falle liegt zwischen dem vorletzten und dem letzten ärztlichen Behandlungstag ein Zeitraum von ungefähr 6 Wochen. Es ist daher die Annahme nicht von der Hand zu weisen, daß die ärztliche Behandlung als solche bereits mit der vorletzten ärztlichen Tätigkeit, die am 27. Juli 1917 stattfand, abgeschlossen war, obwohl der Arzt den Verletzten anscheinend erst am 7. September formell aus der Behandlung entlassen hat. Die wiederholte Vorstellung bei dem Arzte an diesem letzteren Tage könnte von ihm nur deshalb angeordnet worden sein, um die Entwicklung des der ärztlichen Beeinflussung nicht mehr zugänglichen Zustandes abzuwarten und sich über etwaige Veränderungen sowie darüber zu unterrichten, ob der Krankheitszustand durch Auswahl einer geeigneten Brille gelindert werden könne. Derartige längere Zwischenzeiten können aber im Gegensatze zu den Zeiträumen, die zwischen regelmäßigen Behandlungstagen liegen, in die Dauer einer zusammenhängenden ärztlichen Behandlung nicht eingerechnet werden. Dies kann grundsätzlich ausgesprochen werden, während im übrigen es Tatfrage bleiben muß, ob eine zusammenhängende Behandlung oder einzelne ärztliche Behandlungen vorliegen. Zur Beurteilung dieser Verhältnisse reicht der von den Vorinstanzen festgestellte Sachverhalt und die angestellten Ermittlungen nicht aus. Trotz der Behauptung der Beklagten, daß es sich bei dem letzten Besuche des Verletzten beim Arzte am 7. September 1917 nur um die Verordnung einer Brille gehandelt habe, während die Behandlung des krankhaften Zustandes bereits am 29. Juli 1917 abgeschlossen gewesen sei, sind Ermittlungen nach dieser Richtung nicht angestellt. Es liegt nichts weiter vor, als der Vermerk des Arztes auf dem Krankenscheine (Blatt 13 der Akten des Versicherungsamts), wonach die Entlassung aus der Behandlung am 7. September erfolgt ist. Der behandelnde Arzt hätte aber befragt werden müssen, ob nicht die ärztliche Behandlung schon am 27. Juli beendet war, welchem Zwecke andernfalls der lange Zwischenraum zwischen der letzten und vorletzten Behandlung diente und worin die Behandlung am 7. September 1917 bestand. — Wegen mangelnder Aufklärung des Sachverhalts war daher die angefochtene Entscheidung aufzuheben, und die Sache zur anderweiten Verhandlung und Entscheidung zurückzuverweisen.

Digitized by Google

D. Zur Militärversorgung.

Anstellung als Zahlmeister als Zivildienst im Sinne des § 20 MannschVersGes.

Rek. Entsch. des **Reichs-Militärversorgungsgerichts** — Großen Senats — vom 1. März 1921 (Entsch. Bd. 1 S. 270).

...Das Militärstrafgesetzbuch spricht von den Militärpersonen und versteht darunter die Personen des Soldatenstandes und die Militärbeamten, welche zum Heer oder zur Marine gehören, und die Anlage zum Militärstrafgesetzbuch kennzeichnet als Militärbeamte alle im Heer und in der Marine für das Bedürfnis des Heeres oder der Marine dauernd oder auf Zeit angestellten, nicht zum Soldatenstande gehörenden und unter dem Kriegsminister oder Staatssekretär des Reichsmarineamts als Verwaltungschef stehenden Beamten, welche einen Militärrang haben. Das Reichs-Militärgesetz spricht in § 38 von den zum aktiven Heere gehörenden Personen und rechnet dazu u. a. die Militärbeamten einerseits, die Zivilbeamten der Militärverwaltung anderseits. Hieraus ergibt sich zunächst, daß ein Unterschied zwischen Militärpersonen und Personen des Soldatenstandes besteht. Personen des Soldatenstandes sind immer Militärpersonen, aber solche nicht immer Personen des Soldatenstandes, und die Militärbeamten sind Militärpersonen, aber nicht Personen des Soldatenstandes. Von den Zivilbeamten der Militärverwaltung unterscheiden sich die Militärbeamten dadurch, daß diesen, ähnlich wie den Personen des Soldatenstandes, ein Militärrang zusteht (zu vgl. Laband, Das Staatsrecht des Deutschen Reiches, 5. Aufl. 4. Bd. S. 211). Der Zahlmeister ist, wie außer Zweifel steht, Militärbeamter. Damit ist aber nicht gesagt, daß sein Dienst nicht auch als Zivildienst gelten könnte. In dem Dienstverhältnis der Militärbeamten ist das Beamtenverhältnis mit einem Militärverhältnis vermischt oder verbunden. Namentlich hinsichtlich der Disziplinargewalt und des Vorgesetztenverhältnisses ist die Stellung der Militärbeamten vielfach militärisch beeinflußt (zu vgl. Laband a.a.O. S. 213 ff.). Gleichwohl sind sie in ihrer Tätigkeit, wie in Bezug auf Besoldung und Versorgung, den Beamten der Zivilverwaltung mindestens nahegestellt. Sie sind, wenigstens nach der Reichsverfassung vom 16. April 1871, in Ausfluß der verfassungsmäßigen Ausgestaltung der früheren militärischen Kontingentsverwaltungen als Landesbeamte anzusehen, auf die das Reichsbeamtengesetz anwendbar ist (zu vgl. Laband a.a.O. S. 67, 68). Hiernach kann in weiterem Sinne der Dienst eines Militärbeamten und namentlich auch der eines Zahlmeisters als Zivildienst gelten, wie dies ja auch weder von der Militärverwaltung noch vom Reichsgericht in Zweifel gezogen worden ist.

Ist hiernach aus der dem Kläger anhaftenden Eigenschaft eines Militärbeamten ein Bedenken gegen die Annahme der Anstellung „in einer Stelle des Zivildienstes (§ 36)" nicht herzuleiten, so ist nunmehr auf den Begriff des Zivildienstes im Sinne des § 20 des MVG. einzugehen, und zwar namentlich unter Würdigung des Wortlauts der Vorschrift, der Entstehungsgeschichte und des Zusammenhangs mit anderen gesetzlichen Vorschriften, um so den Sinn und Zweck des § 20 a.a.O. auszulegen. Die Prüfung des Wortlauts des Gesetzes führt auf den im § 20 in Bezug genommenen § 36 a.a.O., nach dessen Abs. 2 als Zivildienst gilt „jede Anstellung — als Beamter — im Reichs-, Staats- oder Kommunaldienste" usw., wie auch „in solchen zu den vorbezeichneten nicht gehörenden Zivilstellen, welche ganz oder zum Teil den Militäranwärtern und den Inhabern des Anstellungsscheines vorbehalten sind, wenn und solange der Angestellte durch diesen Dienst ein Einkommen bezieht". Diese Gegenüberstellung deutet darauf, daß unter den Zivildienststellen gemeint sind einmal solche, die ohne Zivilversorgungsschein erlangt und verliehen werden können, dann aber auch Stellen, die ganz oder zum Teil den Militäranwärtern und den Inhabern des Anstellungsscheins vorbehalten sind, also die Stellen, welche auf Grund der Vorschrift des § 18 a.a.O. nach Maßgabe der vom Bundesrate festgesetzten allgemeinen Grundsätze vorzugsweise mit Inhabern des Zivilversorgungsscheins und Inhabern des Anstellungsscheins besetzt werden. Der Wortlaut im § 36 Abs. 2 a.a.O. „oder in solchen zu den vorbezeichneten nicht gehörenden Zivilstellen" bedeutet nicht etwa, daß diese Zivilstellen nicht zu den Reichs-, Staats- oder Kommunaldienst- usw. Stellen der ersten Gruppe von Zivilstellen gehören, sondern es ergibt sich, daß als Zivildienst nach § 36 a.a.O. zunächst jede Anstellung als Beamter, ohne Rücksicht auf den Besitz des Zivilversorgungsscheins, gilt, daß aber auch diejenigen Zivilstellen dazu zu rechnen sind, die nur auf Grund des Zivilversorgungsscheins oder des Anstellungsscheins erlangt werden können, mithin nicht zu der ersten Gruppe der Zivilstellen des § 36 Abs. 2 gehören. Wenn nun § 20 von „einer Stelle des Zivildienstes (§ 36)" spricht, so verweist er damit allgemein auf die im § 36 bezeichneten Zivilstellen. Ob aus der in der Rekursentscheidung des Fünften Senats des Reichs-Militärversorgungsgerichts vom 14. April 1920 betonten Gegenüberstellung des Begriffes des Zivildienstes und des aktiven Militärdienstes im § 20 a.a.O. eine weitere Stütze für die Behandlung des Militärbeamtendienstes als Zivildienst herzuleiten ist, kann ebenfalls in Frage kommen, wenngleich

Digitized by Google

dieser Schluß nicht zwingend ist, zumal der jetzige Abs. 2 des § 20 des MVG. erst durch Art. III des Gesetzes vom 3. Juli 1913 (RGBl. S. 496) eingefügt worden ist. Das Reichsgericht nimmt, wie bereits erwähnt, den Wortlaut des § 20 a.a.O. insofern für seine Auffassung in Anspruch, als dort gesagt ist, daß die Zivilversorgungsentschädigung „an Stelle des Scheines", wie das Reichsgericht meint, statt der Ausnutzung des Scheines zu wählen ist. Es mag zugegeben werden, daß die Worte „an Stelle des Scheines" bei einer nur auf den Wortlaut gestellten Auslegung dem Reichsgericht eine gewisse Stütze bieten können. Nimmermehr aber ist der Wortlaut des § 20 im ganzen so eindeutig, daß daraus allein die Auffassung des Reichsgerichts herzuleiten wäre. Vielmehr spricht namentlich der uneingeschränkte Hinweis auf § 36 dagegen, und es wird in weiteren Ausführungen darzulegen sein, daß die rein wörtliche Auslegung der Fassung, „an Stelle des Scheines ... wählen", wie sie das Reichsgericht gibt, dem Sinne der Vorschrift nicht gerecht wird.

Die Entwicklung der Zivilversorgung, wie sie aus dem preußischen Gesetz vom 6. Juli 1865 (Gesetzsammlung S. 777), dem Militärpensionsgesetz vom 27. Juni 1871, den Novellen vom 4. April 1874 (RGBl. S. 25) und vom 22. Mai 1893 (RGBl. S. 171) und schließlich aus dem Mannschaftsversorgungsgesetz vom 31. Mai 1906 (RGBl. S. 593) ersichtlich ist, ergibt, daß der Zivilversorgungsschein zunächst grundsätzlich den Invaliden vorbehalten war. (Es folgt nähere rechtsgeschichtliche Ausführung.)

In der Zivilversorgung steht, wenn auch vereinzelt der Ausdruck Entschädigung gebraucht ist, der Versorgungsgedanke durchaus im Vordergrunde. Der Gesetzgeber ging davon aus, den Invaliden des Militärdienstes eine Versorgung durch Anstellung im öffentlichen Dienste zu verschaffen, und namentlich mit Rücksicht auf die Bedürfnisse, die sich aus der Vergrößerung des Heeres ergaben, mußte diese Versorgung auch anderen als Invaliden, die ihre Kraft dem Staate als Soldaten in langjährigen Diensten gewidmet hatten, gewährt werden. Es liegt aber im Wesen der Versorgung und namentlich der Zivilversorgung des Mannschaftsversorgungsgesetzes, daß der, welcher bereits aus öffentlichen Mitteln versorgt wird, nicht noch einmal versorgt zu werden braucht. Der Zivilversorgungsschein gibt jedoch, wie schon das wechselnde Verhältnis zwischen der Zahl der Bewerber und der Zahl der Stellen und die Verschiedenartigkeit dieser Stellen erkennen läßt, nicht ein bestimmt und scharf umgrenztes Recht, sondern eine Anwartschaft, die sich je nach der Lage des Falles und der jeweiligen Anstellungsverhältnisse nach Art und Zeit erfüllt. Darauf weist auch § 18 des MVG. hin, wonach die dort bezeichneten Stellen nach Maßgabe der vom Bundesrate festzusetzenden allgemeinen Grundsätze „vorzugsweise" mit Inhabern des Zivilversorgungsscheins und mit Inhabern des Anstellungsscheins besetzt werden. Dieser Auffassung kann auch nicht entgegengehalten werden, daß der Zivilversorgungsschein durch eine nicht auf ihm beruhende Anstellung im Zivildienst nicht erlischt (zu vgl. § 29 der Anstellungsgrundsätze des Bundesrats vom 20. Juni 1907). Solange der Inhaber des Zivilversorgungsscheins unabhängig von diesem Schein eine Zivilstelle inne hat, kommt der Besitz des Scheines nicht in Betracht, es sei denn, daß der Inhaber einen besonderen Grund hätte, sich um eine der den Militäranwärtern vorbehaltenen Stellen zu bewerben.

Geht man hiervon aus, so müssen auch die Worte im § 20 des MVG.: „Die Kapitulanten können an Stelle des Scheines die Zivilversorgungsentschädigung wählen" in einem anderen Sinne verstanden werden, als es das Reichsgericht ausführt. Ist das Recht aus dem Zivilversorgungsschein nur in dem beschränkten Sinne, wie angegeben, aufzufassen und zu bewerten, so muß dies auch von der an seine Stelle tretenden Zivilversorgungsentschädigung gelten. Hat der Inhaber des Zivilversorgungsscheins bereits eine Versorgung in einer Zivilstelle, so fällt der Grund für eine Zivilversorgungsentschädigung fort. Ihm ist aus öffentlichen Mitteln auf anderem Wege das zuteil geworden, was ihm für die Ableistung der zwölfjährigen Dienstzeit als Kapitulant in Aussicht gestellt war, er hat die Versorgung, die ihm „gewährleistet" war, und es liegt daher kein Anlaß vor, ihm eine weitere Versorgung oder Entschädigung zu gewähren. Auf Zivilversorgungsschein und Zivilversorgungsentschädigung besteht zwar ein Anspruch; wie aber der Zivilversorgungsschein gemäß § 24 Nr. 3 der Anstellungsgrundsätze des Bundesrats vom 20. Juni 1907 nach erfolgter etatsmäßiger Anstellung seines Inhabers zu den Akten genommen wird, also gewissermaßen ruht, gleichgültig, ob die Anstellung auf Grund des Scheins erfolgt oder nicht, so wird auch der Anspruch auf Zivilversorgungsentschädigung durch die, wenn auch unabhängig vom Zivilversorgungsschein, erfolgte Anstellung im Zivildienst ausgeschaltet. Dieser Anspruch wird also anders behandelt als der auf § 75 der Friedens-Besoldungsvorschrift beruhende Dienstprämienanspruch der nach zwölfjähriger aktiver Dienstzeit ausscheidenden Unteroffiziere. . . . (Es wird auf die abweichende Auffassung des Reichsgerichts näher eingegangen, wie sie besonders in den Entscheidungen in Zivils. 81 S. 387, 84 S. 353, 361 und in einer Entsch. vom 23. 3. 20, Jur. Wochenschr. 1920 S. 710 zum Ausdruck gekommen ist.)

Kann hiernach nicht anerkannt werden, daß der Wortlaut des § 20 des MVG. und die Gesetzes-Materialien die Auffassung des Reichsgerichts rechtfertigen, so ist weiter auf den Zusammenhang einzugehen, in dem § 20 a.a.O. zu anderen Vorschriften desselben Gesetzes steht. In dieser Beziehung beruft sich das Reichsgericht besonders auf den § 22,

Digitized by Google

der von der Verpflichtung zur Rückzahlung der gemäß § 21 erhaltenen Geldabfindung des Kapitulanten bei Anstellung im Zivildienst handelt. Das Reichsgericht meint, auch im § 22 a.a.O. bedeute der angezogene § 36 nur eine nach § 18 erlangte Zivildienststelle, nicht jede beliebige Zivildienststelle im Sinne des § 36 Abs. 2. Andernfalls müßte der Abfindungsempfänger Rückzahlung leisten, auch wenn er später auf Grund völlig anderer Voraussetzungen, z. B. nach Universitätsstudium und Staatsexamen, eine völlig andere Zivildienststelle, z. B. eine höhere Beamtenstelle, erreicht habe, also auch wenn sein jetziger Zivildienst mit dem von ihm früher geleisteten zwölfjährigen Militärdienst in keinerlei Zusammenhang stände. Gegenüber der Auslegung des Reichsgerichts ist aber darauf hinzuweisen, daß die Anstellung in einer nach § 18 des MVG. zu erlangenden Zivilstelle vor der Rückzahlung der Geldabfindung nicht erfolgen kann, weil nach den Anstellungsgrundsätzen des Bundesrats Militäranwärter nur die Inhaber des Zivilversorgungsscheins sind, derjenige, der die Geldabfindung erhalten hat, aber nicht mehr Inhaber des Scheins ist, und der Anspruch auf Aushändigung des Scheins erst nach völliger Rückzahlung der einmaligen Geldentschädigung entsteht (§ 22 Abs. 2 a.a.O.). § 22 Abs. 1 a.a.O. paßt also nicht auf die vom Reichsgericht nach seiner Auslegung unterstellten Fälle. Im übrigen beruht die Verpflichtung des mit 3000 M. abgefundenen Kapitulanten zur Zurückzahlung der Abfindungssumme im Falle der Anstellung im Zivildienst offenbar darauf, daß der Abgefundene bei nachträglicher Anstellung im Zivildienst nicht besser gestellt sein soll als der Empfänger der Zivilversorgungsentschädigung bei nachträglicher Anstellung. Eine andere, hier nicht näher zu erörternde Frage ist, ob bei der Rückzahlung der 3000 M. für jeden Monat bis zum Beginn des Ruhens (§ 37, § 36 Abs. 2) 20 M. abzuziehen sind, damit eine Schlechterstellung des zur Rückzahlung verpflichteten Abgefundenen gegenüber dem Empfänger der Zivilversorgungsentschädigung vermieden wird. Wenn das Reichsgericht darin eine Härte und Unbilligkeit erblickt, daß ein früherer Inhaber des Zivilversorgungsscheins, wenn er nach Verzicht auf den Schein und nach Empfang der Geldabfindung auf Grund dargetaner Befähigung unabhängig vom Zivilversorgungsschein eine Zivilstelle erlangt, die Geldabfindung zurückzahlen soll, so ist demgegenüber auf Ungleichheiten und Härten hinzuweisen, die sich aus dem Gesetz ergeben, wenn man der Auffassung des Reichsgerichts folgt. So wäre es unbefriedigend, wenn zwar die Erlangung einer bescheidenen Unterbeamtenstelle zum Verlust des Anspruchs auf Zivilversorgungsentschädigung führen sollte, nicht aber die Bekleidung einer ohne Nachweis höherer Fähigkeiten unabhängig vom § 18 a.a.O. erlangten, aber wesentlich besser ausgestatteten Stelle. Nach § 34 a.a.O. würde, wenn man den Begriff des Zivildienstes auch da entsprechend der Auffassung des Reichsgerichts auslegt, der Zivilversorgungsschein z. B. erlöschen, wenn ein auf Grund des § 18 angestellter Stadtsekretär mit einer Pension in den Ruhestand tritt, nicht dagegen, wenn ein Bürgermeister, der Inhaber des Zivilversorgungsscheins ist, seine Stellung aber unabhängig von dem Schein durch die Wahl der maßgebenden Körperschaft erlangt hat, mit Ruhegeld den Dienst aufgibt. Auch in bezug auf § 37 des MVG., der das Ruhen des Rechts auf den Bezug der Zivilversorgungsentschädigung regelt, erweckt die Ansicht des Reichsgerichts, das auch hier nur Stellen, die den Militäranwärtern als solchen offen stehen, im Auge hat, Bedenken. Das Gesetz macht im § 37 bezüglich des Ruhens der Zivilversorgungsentschädigung keinen Unterschied, je nachdem die Stelle im Zivildienst, die der frühere Inhaber des Zivilversorgungsscheins inne hat, den Militäranwärtern vorbehalten war oder nicht. Nach dem Wortlaut des § 37 soll das Ruhen ganz allgemein eintreten „in den Fällen, in welchen nach § 36 Abs. 3 das Recht auf den Bezug der Rente im Zividienste ganz oder teilweise zu ruhen hat". Übrigens werden für § 37 tatsächlich auch nur Stellen in Frage kommen, die unabhängig von einem Zivilversorgungsschein erlangt sind; denn der Empfänger der Zivilversorgungsentschädigung verfügt nicht oder nicht mehr über einen solchen Schein (§§ 19, 20 a.a.O.). Bietet aber § 37 an und für sich keine Stütze für die Ansicht des Reichsgerichts, so wird dies noch klarer durch die Ergänzung, die er durch die Vorschrift des § 20 erfährt, daß das Recht, statt des Zivilversorgungsscheins die Entschädigung zu wählen, von vornherein nicht gegeben ist, wenn der Kapitulant „in einer Stelle des Zivildienstes (§ 36) schon endgültig angestellt ist". Der Grund hierfür ist, daß sofort oder nach wenigen Monaten ohnehin das Ruhen der Zivilversorgungsentschädigung eintreten würde (§§ 37, 38 Abs. 2 a.a.O.). Da das Ruhen aber bei jeglichem Zivildienst eintritt, so folgt daraus, daß auch im § 20 unter „Zivildienst" jeglicher Zivildienst zu verstehen ist, ohne Rücksicht darauf, ob die Stelle den Militäranwärtern vorbehalten ist oder nicht.

Hiernach ergibt sich, daß Wortlaut, Sinn und Zweck des § 20 des MVG. für die hier gegebene Auslegung des Begriffs „des Zivildienstes (§ 36)" sprechen. Dann ist aber der Anspruch des Klägers auf die Zivilversorgungsentschädigung nicht gerechtfertigt, weil er durch die Ernennung zum Zahlmeister in einer Stelle des Zivildienstes (§ 36) endgültig angestellt worden ist. Der Rekurs mußte daher zurückgewiesen werden."

Digitized by Google

Sprechsaal.

Zur Befreiung von der eigenen Beitragsleistung (§ 390 AngestVerGes.) nach dem neuen Gesetz vom 31. 5. 1921.

Das Direktorium der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte schreibt uns mit Bezug auf die im Heft 26 S. 520 erteilte Auskunft nach Düsseldorf-Rath: „Die auf die Frage 9b erteilte Antwort erscheint nicht zutreffend.

Die einmal ausgesprochene Befreiung von der eigenen Beitragsleistung bleibt auch dann bestehen, wenn infolge einer Gehaltserhöhung die Versicherungsprämien der gesetzlichen Beitragshälfte nicht mehr entsprechen. (Vergl. Bericht über die Reichstagssitzung vom 5. Dezember 1911, S. 8341 D). In dem vorliegenden Falle bleibt der Angestellte also auch fernerhin von der eigenen Beitragsleistung befreit, vorausgesetzt, daß die der Befreiung zugrunde liegende Lebensversicherung noch besteht. Daß der Angestellte während der Zeit, in der er die 15 000-Mark-Grenze überschritten hatte, sich freiwillig in der niedrigsten Klasse weiterversichert hat, hat keinen Einfluß auf das Weiterbestehen der Befreiung, da nach der Oberschiedsgerichtsentscheidung vom 9. Dezember 1920 (Ⓐ 227/20), abgedruckt in den Amtlichen Nachrichten der Angestelltenversicherung 1921 S. 77, in der Entrichtung von freiwilligen Beiträgen in der vollen Höhe der Gehaltsklasse ein Verzicht auf die Befreiung nicht liegt."

Lohnstufeneinteilung.

Durch das Gesetz über die anderweite Festsetzung der Beiträge in der Invalidenversicherung (RGBl. S. 984, ArbVers. S. 470) wurden für die Versicherten neue Lohnklassen gebildet und deren Zahl auf 8 festgesetzt. Die Krankenkassen haben heute meist 12 und noch mehr Lohnstufen, von denen die unteren Stufen nur schwach besetzt sind, während die Mehrzahl der Mitglieder in die mittleren und höheren Lohnstufen eingereiht ist. Hieraus ergibt sich ohne weiteres, daß die übrigen Lohnstufen, wenn auch nicht gerade unnötig, so doch entbehrlich sind.

Um nun eine einheitliche Einteilung der Lohnstufen der Krankenkassen und der Lohnklassen der Invalidenversicherung herbeizuführen, dürfte es zweckmäßig sein, daß die Kassen ihre Lohnstufen entsprechend abändern. Da § 180 RVO. eine Höchstgrenze von 30 ℳ festgesetzt, würde die Zahl der Lohnstufen auf 6 beschränkt werden können, beispielsweise in folgender Art:

bei einem Arbeitsverdienst bis einschließlich
3,33 M. Grundlohn 3 M., Stufe I,
10 M. Grundlohn 8 M., Stufe II,
16,67 M. Grundlohn 14 M., Stufe III,
23,33 M. Grundlohn 20 M., Stufe IV,
30,— M. Grundlohn 26 M., Stufe V,
mehr als 30,— M. Grundlohn 30 M., Stufe VI.

Bemerkt sei, daß besonders in ländlichen Bezirken die Wahrnehmung gemacht werden muß, daß Arbeitgeber mit Zustimmung der Arbeitnehmer in den Meldungen der Krankenkasse über die Höhe des Arbeitsverdienstes oft unrichtige Angaben machen, um damit die Einreihung in eine niedrigere Lohnstufe zu erreichen. Diesem Übelstande könnte nur durch strenge Überwachung abgeholfen werden; diese setzt aber die Einsichtnahme der Lohnlisten (Lohnbücher usw.) voraus. Da die Krankenkassen hierzu nicht berechtigt sind, wird entsprechende Erweiterung der Befugnisse der Krankenkassen gefordert werden müssen.

Es wäre auch zu erwägen, ob nicht der durchschnittliche Tagesentgelt nach denjenigen Klassen von Versicherten, für welche die Kasse errichtet ist, festgesetzt werden soll. Hierdurch könnten unrichtige Angaben bezüglich des Arbeitsverdienstes unschädlich gemacht werden. Es wäre daher auch wünschenswert, wenn bei einer allenfallsigen Abänderung des § 180 RVO. Festsetzung des Tagesentgeltes nach Klassen beibehalten würde. P. K.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Angestellten- und Invalidenversicherung.

In unserer Mitteilung im Heft 28 S. 556 findet sich unter 1 der Satz, „daß Angestellte auch nach der neuesten Gesetzgebung nur dann gleichzeitig invalidenversicherungspflichtig sind, wenn ihr Jahresarbeitsverdienst 2000 ℳ übersteigt". Das bezieht sich selbstverständlich nur auf die „gehobenen" Angestellten im Sinne des § 1226 Nr. 2 RVO. Es liegt hier offenbar nur eine versehentliche Auslassung vor. Für die gewöhnlichen Bureaugehilfen, die zwar nicht mechanische Dienste leisten, aber auch keine gehobene Stellung bekleiden, besteht die Doppelversicherung nach wie vor; eine Gehaltsgrenze kommt bei ihnen praktisch überhaupt nicht, rechtlich nur für die Angestelltenversicherung (30 000 ℳ) in Frage. Da, wie uns mitgeteilt wird, der Irrtum über diese Rechtslage bei Versicherten wie bei Arbeitgebern gleich hartnäckig ist und den Versicherungsanstalten viel unfruchtbare Arbeit verursacht, so sei hiermit nachdrücklich auf den Irrtum hingewiesen.

Der Landesverband Bayerischer Ortskrankenkassen

hielt am 2. und 3. Oktober 1921 in Kempten seine diesjährige Jahresversammlung ab, die von etwa 160 Vertretern aus allen Teilen des Landes besucht war. Den Hauptgegenstand der Tagesordnung bildete der Bericht des Verbandsvorsitzenden Dr. Nürberger über den Stand der Arztfrage, mit besonderer Berücksichtigung des Bayerischen Landesarztvertrages. Der Berichterstatter entrollte den Anwesenden ein Bild über die Entstehungsgeschichte des Mantelvertrages, der keinen Gegensatz zu den zentralen Vereinbarungen im Reiche bilde.

Digitized by Google

Der Mangel einschlägig gesetzlicher Bestimmungen einerseits über die Beziehungen zwischen Kassen und Ärzten, anderseits die widersprechenden Ansichten über die Auslegung des Reichsschiedsspruchs vom Juni 1920 hätten zu einer Genehmigung durch den Bayerischen Unterverband führen müssen. Der Mantelvertrag habe auch dazu beigetragen, auf die beschränkte Dauer wenigstens verhältnismäßig günstige örtliche Vereinbarungen mit den Ärzten im Lande zu treffen. Ein neuer Entwurf, der die Beziehungen zwischen Kassen und Ärzten auf gesetzlicher Grundlage regeln soll, sei wohl in Vorbereitung, es handele sich in der Hauptsache aber auch nur um die gesetzliche Festlegung der Schiedsinstanzen. Es sei dahingestellt, ob der neue Gesetzentwurf ausreiche, das Problem auf die Dauer zu lösen.

Im Anschluß an diese mit Beifall aufgenommenen Ausführungen unterstützte auch der Vorsitzende des Hauptverbandes Deutscher Ortskrankenkassen, Fräßdorf-Dresden, den Bericht durch Bekanntgabe interessanter Einzelheiten aus dem neuen Gesetzentwurf.

Er erstattete weiterhin Bericht über die Novelle zur Reichsversicherungsordnung, deren Einzelheiten er nach dem vorliegenden Entwurf den Anwesenden unter lebhaftem Beifall zur Kenntnis brachte.

Über die Besoldungsverhältnisse der Kassenangestellten, ebenso über die von den Versicherungsbehörden aufgestellte Forderung auf Einführung einer Prüfung nach dem mittleren Arbeiterversicherungsdienst berichtete Obersekretär Vogel-Erlangen. Er empfahl in einer mit Mehrheit angenommenen Entschließung, das Ministerium für Soziale Fürsorge zu ersuchen, in der Besoldungsfrage erneut Verhandlungen mit den Oberversicherungsämtern herbeizuführen, um die durch die Gruppeneinteilung entstandenen Härten auszugleichen. Er empfahl ferner die Aufstellung einer Prüfungsordnung durch den Landesverband Bayerischer Ortskrankenkassen, die nach Einvernahme mit den übrigen Kassenverbänden und den Angestelltenverbänden die Mitarbeit eines Staatskommissars vorsieht.

Der zweite Tag der Verhandlungen brachte einen Vortrag des Abteilungsvorstehers Hofmann-Nürnberg über das Reichsversorgungsgesetz, dessen Inhalt von der Versammlung mit vielem Interesse entgegengenommen und dessen Drucklegung beschlossen wurde.

Beantwortung von Anfragen.

Rechtsauskünfte aus unserem Arbeitsgebiet erteilen wir den Beziehern unserer Zeitschrift bereitwillig, ohne indessen eine Verpflichtung oder eine zivilrechtliche Haftung zu übernehmen. Für schriftliche Auskunft wird Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten, und zwar auch dann, wenn nur Bescheid durch die Zeitschrift erbeten, die Sache aber zur Veröffentlichung an dieser Stelle nach unserem Ermessen nicht geeignet ist.

Geldstrafen aus §§ 530, 531 RVO., insbesondere auch Strafbeiträge sind im Konkursverfahren nicht verfolgbar.

1. **Nach Stargard i. P.** Antwort: Nach § 63 Ziff. 3 der Konk. Ordg. können „Geldstrafen" im Konkursverfahren nicht geltend gemacht werden. Dies gilt für Geldstrafen jeder Art, nur mit Ausnahme der im § 62 Ziff. 2 Konk. Ordg. ausdrücklich erwähnten „Vertragsstrafen". Nicht im Konkursverfahren verfolgbar sind hiernach auch die auf Vorschriften öffentlichen Rechts beruhenden Strafen wegen Verletzung der Meldevorschriften nach §§ 530, 531 RVO. Daß insbesondere auch die sogenannten Strafbeiträge (§ 531 Abs. 2), als eine Nebenstrafe, nach allgemeinen strafrechtlichen Grundsätzen zu behandeln sind (zu vgl. z. B. Entsch. des RVA. 2462, Amtl. Nachr. 1918 S. 354, ArbVers. 1918 S. 492) und daß sie daher gleichfalls von der Geltendmachung im Konkurse ausgeschlossen sind, kann hiernach nicht zweifelhaft sein.

Beitrag einer Krankenkasse zur Beschaffung einer Wohnung für den Kassenarzt?

2. **Nach Nagold.** Frage: Ist eine Krankenkasse berechtigt, auf Grund des § 363 RVO. zu den Kosten der Erstellung eines Arztwohngebäudes einen Beitrag zu gewähren? Der Arzt übt Kassenpraxis aus, seine Niederlassung ist im Interesse der Krankenkasse gelegen.

Antwort: Wir glauben, die Frage verneinen zu müssen. Zwar erachtet ein bayerischer Ministerialbescheid die Einrichtung von Dienstwohnungen für Angestellte der Kasse in vernünftigem Maße für nicht schlechthin unzulässig („Landkrankenkasse" 1921 Sp. 280). Aber in solchem Falle bleiben doch die Wohnungen dauernd zur Verfügung der Kasse, die in der Lage ist, den Wert der Wohnung auf die Bezüge des Angestellten anzurechnen. Dies soll doch wohl, wenn wir die Anfrage recht verstehen, gegenüber dem Arzte nicht gelten, sondern die Kasse soll einen einmaligen Beitrag aus ihrem Vermögen aufopfern, um dem Arzte die Niederlassung zu ermöglichen oder zu erleichtern. Das halten wir für nicht vereinbar mit § 363 RVO.

Übertritt eines Angestellten in einen anderen Betrieb?

3. **Nach Züllichau.** Frage: Ein Rittergut beschäftigte mit Unterbrechungen während der Dauer eines Jahres einen Chauffeur zur Instandsetzung seiner völlig verwahrlosten Lastfahrzeuge. Der Chauffeur gehört eigentlich einer Maschinenbaufirma an, welche ihren Sitz nicht in dem gleichen Krankenkassenbezirk hat. Er war bei der für die Maschinenbaufirma zuständigen Ortskrankenkasse versichert, auch während der Zeit, in welcher er nicht für die Firma, sondern für das Rittergut tätig war, dessen Besitzer zugleich Mitinhaber der Maschinenbaufirma ist und den Chauffeur mit den Arbeiten auf dem Gute beauftragte. Letzterer hat es stets abgelehnt, in die Dienste der Gutsverwaltung zu treten und ausdrücklich darauf bestanden, Angestellter der Maschinenbaufirma zu bleiben. Mußte der Chauffeur bei der für das Rittergut zuständigen Landkrankenkasse angemeldet werden?

Digitized by Google

Antwort: Die Frage ist zu verneinen. Denn es handelte sich offenbar um gelegentliche, vorübergehende Dienstleistungen, zu denen der Rittergutsbesitzer in seiner Eigenschaft als Mitinhaber der Maschinenbaufirma den Auftrag erteilt und die auch der Chauffeur nur mit dem ausdrücklichen Vorbehalt übernommen hat, daß er sie nur in seiner Eigenschaft als Angestellter der Firma ausführen wolle. Unter solchen Umständen erscheint es ausgeschlossen, einen Übertritt des Chauffeurs in den Betrieb des Rittergutes anzunehmen. Zu vgl. Handb. der UnfVers. I S. 118 Anm. 58.

Umfang der Familienkrankenhilfe.

4. **Nach Stettin.** Antwort: Da die Kasse als Familienhilfe für 13 Wochen „ärztliche Behandlung und Versorgung mit Arznei" ohne sachliche Einschränkung gewährt, hat sie auch fachärztliche Behandlung, insbesondere also im ersten Falle der Anfrage auch die Kosten der Operation aus Anlaß der Fehlgeburt, der „Hilfeleistung" bei dieser, der Inhalationsnarkose und der Dienste der zugezogenen Hebamme zu tragen. Denn daß alle diese Leistungen — wie wir wohl unterstellen dürfen — tatsächlich notwendig geworden sind, beweist, daß es sich auch bei den durch die Fehlgeburt bedingten Leistungen um Krankenhilfe handelte, zu der nach § 122 Abs. 1 Satz 2 RVO. auch die vom Arzt angeordnete Hilfe anderer geeigneter Personen, namentlich auch der Hebamme, gehörte. — Im zweiten Falle kommt es nicht darauf an, ob wegen der Menstruationsbeschwerden die Aufnahme der Frau in die Klinik des Arztes tatsächlich notwendig war. Da diese Aufnahme ohne Zustimmung der Kasse erfolgte, hat sie lediglich für die Kosten der in der Klinik gewährten ärztlichen Behandlung nebst Arznei aufzukommen, wie es die Satzung vorsieht.

Selbständige Hausgewerbtreibende oder unselbständige Heimarbeiterinnen?

5. **Nach Luckenwalde.** Frage: Die hiesigen Hutfabriken beschäftigen ständig und auch vorübergehend Nopperinnen und Garniererinnen, die morgens ihre Arbeit (Noppen zum Nachsehen, oder Hüte zum Garnieren) von der Fabrik abholen, die Arbeit zu Hause fertigstellen und am nächsten Morgen wieder zur Fabrik zurückbringen und sich neue Arbeit holen. Die Frauen sind an eine Arbeitszeit nicht gebunden, werden auch nicht kontrolliert. Es ist daher auch nicht selten, daß andere Familienmitglieder sich an der Fertigstellung der Arbeit beteiligen. Sind die Arbeiterinnen versicherungspflichtig a) zur Krankenversicherung? b) zur Invalidenversicherung?

Antwort: Aus Ihren Angaben glauben wir entnehmen zu können, daß die Arbeiterinnen verpflichtet sind, die ihnen zugewiesene Arbeit binnen 24 Stunden zu erledigen, daß jedenfalls die Arbeitgeber auf die Fertigstellung binnen dieser Zeit rechnen. Dies bedingt, wenngleich die Frauen innerhalb dieses Zeitraums nicht gerade an bestimmte Stunden gebunden sind, doch eine so erhebliche Einschränkung der Möglichkeit, über ihre Zeit frei zu verfügen, daß wir die Frauen nicht für Hausgewerbtreibende, also für „selbständige Gewerbtreibende" im Sinne des § 162 RVO. halten können. Sie sind vielmehr unselbständige Heimarbeiter, die von den Arbeitgebern wohl nur aus Rücksichten eigenen Interesses — insbesondere etwa zur Raumersparung in der eigenen Fabrik oder aus ähnlichen Gründen — nicht in der Fabrik selbst beschäftigt werden. Demgegenüber fällt es nicht entscheidend ins Gewicht, daß die Frauen in gewissen Grenzen ihre Angehörigen zur Aushilfe bei der Arbeit heranziehen können; diese Möglichkeit hat eben der unselbständige Heimarbeiter nicht minder als der selbständige. Ebenso ist es unerheblich, daß die Frauen nicht bei der Arbeit beaufsichtigt werden, da sie diese jedenfalls nach der Weisung der Arbeitgeber auszuführen haben und daraufhin einer Kontrolle bei der täglichen Ablieferung unterliegen. Sie sind daher kranken- und invalidenversicherungspflichtig.

Fortdauer der Pflichtmitgliedschaft trotz Unterbrechung der Arbeitsleistung.

6. **Nach Ludwigshafen a. Rh.** Antwort: Nach Ihrer Darstellung hat der bei der Betriebskrankenkasse als Pflichtmitglied versicherte Arbeiter „im Einverständnis mit dem Arbeitgeber infolge schlechten Geschäftsganges" seit dem 2. 7. 21 freiwillig seine Tätigkeit „ausgesetzt". „Ein regelrechter Austritt erfolgte nicht; die Papiere blieben in Händen des Arbeitgebers." So lag die Sache noch, als am 3. 8. 21 die Frau des Arbeiters niederkam. Danach ist anzunehmen, daß nur die tatsächliche Arbeitsleistung unterbrochen, das Beschäftigungsverhältnis aber, nämlich die Dienstbereitschaft des Arbeiters und die Bereitschaft des Unternehmers zur Entgegennahme der Dienste nicht aufgehoben war. Die Niederkunft der Frau fand am 33. Tage nach Beginn der Unterbrechung statt. Auch wenn für diese verhältnismäßig nicht lange Zeit Lohn nicht gezahlt wurde, konnte doch immerhin noch damit gerechnet werden, daß alsbald wieder eine Bezahlung stattfinden werde, die dem Arbeiter die Erfüllung der Beitragspflicht auch für die Zwischenzeit ermöglichen würde, so daß damals auch ein Arbeitsverhältnis „gegen Entgelt" und folglich die Pflichtmitgliedschaft bei der Betriebskrankenkasse noch als fortdauernd anzusehen war (zu vgl. Hahn, Anm. 21 zu § 165 RVO. und die dort angeführten Entscheidungen, ferner das Schreiben des Reichsarbeitsministers in ArbVers. 1921 Heft 3 S. 51). Wir halten danach die Betriebskrankenkasse für verpflichtet, die Wochenhilfe zu gewähren.

Schutzbrille als Heilmittel.

7. **Nach Großenhain.** Antwort: Der als Gußputzer in der Eisengießerei beschäftigte Arbeiter, der infolge des Eindringens feinster Eisensplitter an einer „dauernden Entzündung seiner Augenschleimhäute" leidet, ist bereits krank im Sinne des § 182 RVO. und daher wohl befugt, von der Kasse eine „Schutzbrille" zu fordern. Denn eben deshalb, weil ihn diese Brille vor weiterem Eindringen der schädlichen Splitter schützen soll, ist sie nicht nur ein Vorbeugungsmittel, sondern zugleich ein Heilmittel, indem sie eine Heilung oder Milderung der bereits bestehenden Krankheit durch Ausschaltung der ursächlichen Schädlichkeit ermöglicht.

Kürzung der Krankenhilfe aus § 188 RVO. bei Unfällen.

8. **Nach Stendal.** Frage: Ein Kassenmitglied hat am 6. 9. 20 einen Unfall erlitten und deshalb 13 Wochen Krankengeld bezogen. Mit Ablauf der 13. Woche übernahm die Berufsgenossenschaft die weitere Fürsorge. Arbeitsunfähigkeit im Sinne der

Digitized by Google

Krankenversicherung würde zweifellos bis zum Ablauf der 26. Woche bestanden haben; versicherungspflichtige Arbeiten konnte das Mitglied während der 26 Wochen auch nicht verrichten. Der Verletzte ist seit dem 10. 5. 21 von neuem Mitglied unserer Kasse. Am 30. 5. 21 ist er an den Unfallfolgen erkrankt und bis heute erwerbsunfähig. Ist nun die Kasse verpflichtet, den Verletzten die Unterstützungen für 26 Wochen zu gewähren, oder kann sie die Leistungen auf 13 Wochen reduzieren, in der Annahme, daß er bereits 26 Wochen erwerbsunfähig gewesen ist? Die Möglichkeit, dem Mitglied im Jahre 1920 für 26 Wochen Krankenunterstützung zu gewähren, wurde durch die Übernahme des Heilverfahrens durch die Berufsgenossenschaft vereitelt.

Antwort: Wir nehmen an, daß die Satzung eine dem Wortlaut des § 188 RVO. entsprechende Vorschrift enthält. Unter dieser Voraussetzung sind wir der Ansicht, daß eine Kürzung der Krankenhilfe in Frage kommt. Sie hat stattzufinden, wenn „auf Grund der Reichsversicherung .... Krankengeld" bezogen worden ist. Nun war nach § 1501 RVO. die Kasse zur Gewährung des Krankengeldes verpflichtet, obwohl ein Anspruch auf Unfallentschädigung bestand. Doch kann sie auf das Krankengeld die Unfallrente, und zwar regelmäßig bis zu dessen halbem Betrage anrechnen (§§ 1510, 1501 ff. RVO.). Der Fall, daß das Krankengeld voll aufgerechnet wird, ist aber dessen gänzlicher oder teilweiser Gewährung gleichzuachten. Deshalb halten wir die Kürzung der Krankenhilfe nach § 188 RVO. für gerechtfertigt.

Mehrleistungen sind nach Beendigung der Mitgliedschaft weiterzugewähren.

9. **Nach Darmstadt.** Antwort: Maßgebend für den Umfang der Ansprüche auf Kassenleistungen ist stets der Zeitpunkt, in welchem der Versicherungsfall eingetreten ist. Mit ihm wird der Anspruch auf die Leistung in satzungsmäßiger Dauer begründet. Dieser Anspruch erlischt nicht mit Beendigung der Mitgliedschaft. Daher sind die satzungsmäßigen Mehrleistungen der Familienwochenhilfe an Wochengeld und Stillgeld auch dann weiter zu gewähren, wenn der Ehemann der Wöchnerin aus der Kasse ausscheidet; es treten dann also nicht etwa die Regelleistungen an die Stelle der Mehrleistungen — es sei denn, daß die Satzung dies vorsieht (zu vgl. Arb.-Vers. 1909 S. 740 Ziff. 12a).

Unfall auf dem Wege von einer Betriebsstätte zur andern.

10. **Nach Müsen.** Frage: Zwei Arbeiter einer Erzaufbereitung wurden angehalten, an einem Tage Holz auf dem etwa 10 Minuten entfernten Zimmerplatz der Grube zu schneiden unter Aufsicht eines Steigers. Als die Mittagspause eintrat, begaben sich die drei zur Aufbereitung, um ihre Mahlzeit einzunehmen. Als die Grubenbahn, die vom Bahnhof nach der Aufbereitung zurückfuhr, an ihnen vorbeikam, sprangen sie auf dieselbe, um schneller nach der Aufbereitung zu kommen. Während der Fahrt verunglückte ein Arbeiter tödlich. Liegt ein Betriebsunfall vor?

Antwort: Zu den Betriebstätigkeiten gehören auch die Wege, die ein Arbeiter im Auftrage seines Arbeitgebers von einer Arbeitsstätte zu einer anderen desselben Betriebes zurückzulegen hat (Handb. der UnfVers. Bd. 1 S. 98 Anm. 44). Es liegt daher ein Unfall bei dem Betriebe vor, wenn die Benutzung der Bahn nach Lage der Umstände angemessen war und den Einrichtungen und Gepflogenheiten des Betriebes im allgemeinen entsprach (a. a. O. S. 99 Anm. 45). Dies dürfte anzunehmen sein, da die „Grubenbahn" doch wohl auch für die Beförderung der Arbeiter von einer Betriebsstätte zur andern bestimmt war oder doch benutzt zu werden pflegte. Daß der Weg unternommen wurde, um die Mittagsmahlzeit einzunehmen, fällt nicht ins Gewicht, weil der Weg nur durch die Erledigung des dienstlichen Auftrags notwendig geworden war (zu vgl. auch Entsch. des RVA. in Arb.-Vers. 1920 S. 651). In welcher Weise nun der Versicherte „während der Fahrt" verunglückte, ist allerdings nicht ersichtlich. Es scheint aber, daß er nicht etwa einer selbstgeschaffenen Gefahr erlegen ist. Nötigenfalls würden die näheren Umstände noch festzustellen sein. Verbotswidriges Handeln für sich allein schließt bekanntlich die Annahme eines Betriebsunfalles nicht aus (§ 544 Abs. 2 RVO.).

Prüfung von Gehaltsfestsetzungen in Hinsicht auf das „Sperrgesetz".

11. **Nach X.** Antwort: Die Kasse geht davon aus, daß die Gehaltsfestsetzungen für die drei Angestellten schon deshalb nicht beanstandet werden könnten, weil es sich um wohlerworbene Rechte im Sinne des §3 des sogen. Sperrgesetzes handle. Das Sperrgesetz sei dort frühestens im Februar 1921 bekannt geworden; die Beschlüsse über jene drei Gehaltsfestsetzungen aber seien schon vor diesem Zeitpunkt gefaßt. Diese Rechtsauffassung beruht auf Irrtum. Das Gesetz ist am 24. 12. 20 vorschriftsmäßig verkündet worden (Art. 70, 71 der Reichsverfassung). Diese Verkündung hat die Rechtswirkung, daß von diesem Zeitpunkt an die Kenntnis des Gesetzes unterstellt wird und niemand sich auf die Unkenntnis des Gesetzes berufen kann. Demgemäß ist auch in dem Erlaß des preußischen Ministers für Volkswohlfahrt v. 13. 1. 21 unter 2c mit Recht hervorgehoben, daß aus den Anstellungsverträgen und Urkunden, die „bis zur Verkündung des Gesetzes am 24. 12. 20" abgeschlossen oder ausgehändigt worden sind, zu entnehmen ist, ob der Beamte bereits vorher einen vom Gesetze nicht berührten Rechtsanspruch auf höhere Dienstbezüge erworben hatte. Handelt es sich also um Gehaltsfestsetzungen, die nach dem 24. 12. 20 getroffen sind, so ist zu prüfen, ob sie den Beamten nicht günstiger stellen, als die entsprechend zu bewertenden Reichsbeamten gestellt sind. Welche Gesichtspunkte dabei in Betracht kommen, ist in dem erwähnten Erlaß unter 1a und b dargelegt. Die in Einzelfällen getroffenen Gehaltsfestsetzungen unter diesen Gesichtspunkten daraufhin nachzuprüfen, ob sie mit dem Sperrgesetze vereinbar sind, müssen wir ein für allemal ablehnen. Denn es handelt sich dabei nicht um eine Rechtsfrage, sondern um die Würdigung tatsächlicher Verhältnisse von großer Mannigfaltigkeit, deren Feststellung überdies nicht selten erst Erhebungen erfordern würde und die jedenfalls von der berufenen Amtsstelle verläßlicher übersehen und beurteilt werden können als von hier.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Str. 12.
Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., in Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.
Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Senatspräsident a. D. u. a. m.

Heft 1334 der ganzen Folge.

38. Jahrgang | 11. November 1921 | Heft 32

Wann beginnt der Rentenanspruch zu verjähren?

Ein Rechtsgutachten zu § 29 Abs. 3 RVO.

Von Landesrat Helms in Lübeck.

Ein Kriegsteilnehmer war von 1915 bis Anfang 1917 infolge einer Verwundung vorübergehend invalide; Mitte 1921 stellte er Rentenantrag. Das Versicherungsamt gab sein Gutachten dahin ab, der Anspruch sei unbegründet; zwar komme die Jahresfrist des § 1253 RVO. im Hinblick auf § 3 der Verordnung vom 14. 12. 18 über die Nachentrichtung freiwilliger Beiträge und die Anmeldung von Ansprüchen in der Invalidenversicherung (RGBl. S. 1437, Arb. Vers. 1919 S. 32) nicht in Betracht, wohl aber sei der Anspruch gemäß § 29 Abs. 3 RVO. verjährt. Dieses Gutachten ist in zwiefacher Hinsicht zu beanstanden. Mit Recht nimmt das VA. allerdings an, daß die Jahresfrist des § 1253 RVO. nicht in Betracht kommt. Zwar war sie schon abgelaufen, als die Vdg. vom 14. 12. 18 in Kraft trat; aber die vom Sächsischen Landesversicherungsamt in seiner Entscheidung vom 12. 3. 21 vermißte Rückwirkungsvorschrift dürfte doch unbedenklich im § 5 Abs. 2 der Vdg. zu finden sein, wo es heißt: „Im übrigen treten . . . . die §§ 2 und 3 für alle nach dem 31. 12. 17 angemeldeten Ansprüche in Kraft." In der Behandlung der Verjährung dagegen geht das VA. fehl.

Zunächst nämlich war es nicht richtig zu sagen, der Anspruch sei infolge von Verjährung unbegründet. Die Verjährung tilgt den Anspruch an sich nicht, sondern begründet nur das Recht des Schuldners, die Leistung zu verweigern (vgl. § 222 BGB.); sie ist, soweit es sich um Leistungen handelt, also im Falle des § 29 Abs. 3 RVO. — anders bei den Beitragsrückständen, § 29 Abs. 1 — nicht von Amts wegen, sondern nur auf Einrede des Schuldners, hier also der Versicherungsanstalt, zu berücksichtigen (vgl. Entsch. des RVA. 2510 und 2645, AmtlNachr. 19 S. 281 und 21 S. 331). Ob sie die Einrede erheben wollte, war füglich der Versicherungsanstalt zu überlassen; allenfalls wäre es vielleicht zweckmäßig gewesen, darauf hinzuweisen, daß der — an sich begründete — Anspruch der Einrede der Verjährung unterliege; das Versicherungsamt hat dagegen mit seinem Gutachten die Verjährung von Amts wegen berücksichtigt.

Sodann aber: der Anspruch ist gar nicht verjährt. Zwar ein Aufschub durch Kriegsverordnung, an den zunächst zu denken wäre, kommt nicht in Frage. Die Bek. vom 2. 12. 16 betr. Verjährung rückständiger Beiträge nach § 29 RVO. (RGBl. S. 1341, ArbVers. S. 852) verlängert ausdrücklich und absichtlich nur die Verjährungsfrist des § 29 Abs. 1, trifft also nur die rückständigen Beiträge, wie auch bereits § 4 der Bek. vom 23. 12. 15 über Anrechnung von Militärdiensten und Erhaltung von Anwartschaften in der Invaliden- und Hinter-

Digitized by Google

bliebenenversicherung. Auch die von 1914 bis 1919 — zuerst 22. 12. 14, zuletzt 26. 11. 19 — ergangenen Kriegsverordnungen über die Verjährungsfristen, die an sich anwendbar wären (so wohl mit Recht Entsch. des RVA. 2307, AmtlNachr. 1917 S. 258), würden für die Rentenbeträge aus 1915 und 1916 nur helfen, wenn wenigstens der Antrag — er unterbricht die Verjährung, wie von den allerdings falschen Voraussetzungen der Rev. Entsch. 1511, AmtlNachr. 1910 S. 644, über den Verjährungsbeginn aus folgerichtig anzunehmen ist, vgl. auch Entsch. 2151, (Amtl. Nachr. 1916 S. 358) — vor dem 1.1.21 gestellt worden wäre. Ebensowenig kam nach Lage der tatsächlichen Verhältnisse Hemmung der Verjährung gemäß § 8 des Gesetzes über den Schutz der Kriegsteilnehmer vom 4. 8. 14 in Frage, da der Antragsteller bereits Anfang 1917 aus dem Heeresdienst entlassen worden war; anwendbar wäre das genannte Gesetz an sich auch im Bereich der Sozialversicherung gewesen, vgl. RevEntsch. vom 2. 11. 17; Berufsgenossenschaft 1917 S. 22, und Entsch. 2930, AmtlNachr. 1917 S. 237.

Wohl aber ist, entgegen der Annahme des Versicherungsamts, zu behaupten und zu beweisen: Verjährung kam gar nicht in Frage; denn es *verjähren* nach § 29 Abs. 3 RVO. *nur Ansprüche aus festgestellten Renten*. Mit seinem Irrtum darüber befindet sich das Versicherungsamt allerdings in guter Gesellschaft, nämlich der des Reichsversicherungsamts, das in wiederholten Entscheidungen auch neuestens noch davon ausgeht, daß auch noch nicht festgestellte Rentenansprüche verjähren. So wohl zuerst in der oben erwähnten Entscheidung (des erweiterten Senats) 1511, AmtlNachr. 1910 S. 644, ferner Entsch. 2612 AmtlNachr. 1921 S. 172 und Entsch. des großen Senats 2645, AmtlNachr. 1921 S. 331. In den beiden letzten Urteilen handelt es sich um gleichliegende Fälle: Invalidität infolge Geisteskrankheit führt erst nach langen Jahren, während welcher ein Pfleger nicht vorhanden war, zum Rentenantrag; Entsch. 2612 erklärt ohne viel Bedenken die Verjährung für gehemmt gemäß § 206 BGB.; Entsch. 2645 stellt die Anwendbarkeit dieser Vorschrift gegenüber einer unveröffentlichen grundsätzlichen Entscheidung vom 21. 6. 13 fest. Hätte also — das ist das, was hier in diesem Zusammenhang interessiert — der Hemmungsgrund nicht vorgelegen, wäre z. B. ein Pfleger vorhanden gewesen, so wäre der Rentenanspruch nach Ansicht des RVA. offenbar verjährt. Das trifft aber nicht zu, und das RVA. hätte wohl Anlaß gehabt, sich mit der Entscheidung des Bayerischen Landesversicherungsamts vom 23. 7. 14 (Entsch. und Mitt. des RVA., Bd. 4 S. 9), die auch einen solchen Fall betrifft, über den Beginn der Verjährung des Rentenanspruchs auseinanderzusetzen. Die Frage der Anwendbarkeit des § 206 BGB., die in Nr. 2612 nebenher, in Nr. 2645 allein entschieden wird, ergab sich doch nur dann, wenn sonst die Verjährungsfrist des § 29 Abs. 3 lief. Das setzt das RVA. stillschweigend und ungeprüft voraus und beachtet bei der Heranziehung der Rev. Entsch. 1511 in der Entsch. 2645 nicht, daß es sich dort wenigstens um einen rechtzeitig angemeldeten Anspruch handelte. Freilich betont auch die Entsch. 1511 dieses Moment nicht weiter, der ganze Schwerpunkt des Urteils liegt vielmehr in der Feststellung, daß Rentenansprüche, entgegen der früheren Rechtsprechung, überhaupt verjähren und zwar mangels besonderer Vorschriften (damals!) nach den Regeln des BGB. Der Satz: „die Rückstände angemeldeter Ansprüche auf Rente unterliegen auch dann der Verjährung des § 197 BGB., wenn es zu einer Feststellung durch das zuständige Organ noch nicht gekommen ist", wird mehr nebenher aufgestellt und mit der gegenüber den Besonderheiten der Renten der Sozialversicherung doch allzu dürftigen Begründung, nach BGB. verjähren Ansprüche auch ohne festgestellt zu sein. Die Frage, wann denn eigentlich die Verjährung des Rentenanspruchs beginnt, behandelt keine der drei Entscheidungen ausdrücklich.

Nach § 29 Abs. 3 RVO. verjährt der

Digitized by Google

Anspruch auf Leistungen der Versicherungsträger in vier Jahren nach der Fälligkeit, soweit die RVO. nicht selbst (§ 223!) ein anderes vorschreibt. Wann ist der Rentenanspruch fällig? Gewiß nicht dann, wenn zu der gehörig erfüllten und gewahrten Versicherung der Tatbestand der Invalidität oder einer der anderen Versicherungsfälle hinzutritt, wie das RVA. in Entsch. 2612 und 2645 anscheinend stillschweigend annimmt; denn dann wäre der Rentenanspruch ja fällig, bevor er überhaupt entstanden ist, und das ist doch wohl ein Widersinn! „Der Rentenanspruch selbst entsteht erst, wenn seine sämtlichen gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind, und zu diesen gehört auch die Anmeldung des Anspruchs, die untrennbar mit der Person des Berechtigten verknüpft ist (zu vgl. Rev. Entsch. 289, 555, Amtl. Nachr. 1893 S. 142, 1897 S. 274)", sagt die grundsätzliche Entsch. 1895 (Amtl. Nachr. 1914 S. 694) ausdrücklich; sie hätte auch noch die Rev. Entsch. 876 (Amtl. Nachr. 1901 S. 195) heranziehen können. Nochmals ist diese für das J. und AVG. vielleicht anfechtbare (vgl. Rosin II S. 727), für das IVG. (§ 414) wie für die RVO. (§ 1305) durch die Fassung des Gesetzes ausdrücklich anerkannte Auffassung festgehalten in der Entsch. 2177 (Amtl. Nachr. 1916 S. 425). Es muß somit als fester, unanfechtbarer Rechtsgrundsatz gelten, daß der Antrag eine Anspruchsvoraussetzung, nicht nur Verfahrensvoraussetzung ist. Dann ist aber der Eingang des Antrags der früheste Zeitpunkt, von dem an eine Verjährung des Rentenanspruchs in Frage kommt, denn erst dann ist er entstanden.

Aber auch dieser Zeitpunkt kann für den Verjährungsbeginn nicht maßgebend sein. Denn die Verjährung beginnt ja nicht, wie § 198 BGB. als Regel aufstellt, mit der Entstehung des Anspruchs, sondern nach § 29 Abs. 3 mit seiner Fälligkeit. Mit dem Eingang des Antrags ist die Rente noch nicht fällig. Der Rentenanspruch ist ja nicht, wie die Leistungsansprüche der Krankenversicherung, formlos kurzerhand zu befriedigen, wenn er begründet ist, vielmehr schiebt das Gesetz zwischen den Rentenanspruch und seine Erfüllung das Feststellungsverfahren als notwendiges Zwischenglied ein; es ist unzulässig, ohne Feststellung den Rentenanspruch einfach zu befriedigen. Dieser umfaßt mithin ein doppeltes: den Anspruch auf Feststellung der Rente einerseits, auf Auszahlung der festgestellten Rente anderseits, d. h. den Anspruch auf die einzelnen Rentenleistungen. Nur dieser letzte kommt für die Verjährung im Sinne des § 29 Abs. 3 in Frage, nur dabei handelt es sich um die eigentliche, unmittelbare Leistung, nur für sie paßt die kurze, an § 197 BGB. angelehnte Verjährung. Das steht auch in vollem Einklang mit der Entstehungsgeschichte des § 29 Abs. 3, der erst in der Kommissionsberatung hinzugefügt, ursprünglich ausdrücklich auf Ansprüche auf „festgestellte" Leistungen lautete; warum das Wort „festgestellt" in zweiter Lesung wieder gestrichen worden ist, erhellt nicht ohne weiteres; vermutlich deswegen, weil § 29 Abs. 3 auch Ansprüche umfaßt, wie z. B. (rechtzeitig angemeldete, § 1508!) Ersatzansprüche, die keinem förmlichen Feststellungsverfahren unterliegen, für die der Wortlaut mithin zu eng gewesen wäre. Jedenfalls ist aus der Streichung des Wortes „festgestellte" ein Gegengrund nicht herzuleiten, im Gegenteil bleibt es beweiskräftig dafür, wie man bei den dem Feststellungsverfahren unterliegenden Ansprüchen den Verjährungsbeginn gedacht hat.

Einen Beweisgrund gegen die hier vertretene Auffassung könnte man dagegen aus dem — jetzt gestrichenen — § 1264 RVO. herleiten wollen, nach dem Witwengeld beim Tode des Ehemannes, Waisenausteuer bei Vollendung des 15. Lebensjahrs des Kindes „fällig" wurde. Aber abgesehen davon, daß es sich um nunmehr beseitigte Ausnahmefälle von geringem Belang handeln würde — meinte das Gesetz wirklich „fällig" im Sinne des § 29 Abs. 3? Witwengeld, zahlbar am Todestage des Ehemanns, ist rechtlich wie praktisch ein Unding. Dagegen fügt

Digitized by Google

sich die Vorschrift zwanglos unserer Auffassung, wenn man das „fällig" hier von „Versicherungsfall" ableitet und die Vorschrift dahin versteht, daß für das Witwengeld der Tod des Ehemanns, für Waisenausteuer die Vollendung des 15. Lebensjahrs den Versicherungsfall bildet. Das ist es ja offensichtlich, was § 1264 regeln wollte.

Dagegen bietet das Gesetz selbst eine starke Stütze für unsere Auffassung in § 612 RVO., wonach Kosten des Heilverfahrens und Sterbegelder binnen einer Woche *nach ihrer Feststellung*, Renten im Voraus in Monatsbeträgen *zu zahlen* — es hätte offenbar ebensogut lauten können: fällig — sind, woraus das Oberversicherungsamt Hamburg in einem Urteil vom 18. 9. 15 (Arbeiterversorgung 1915 S. 804) mit Recht folgert, daß die Verjährung für den Anspruch auf Kostenersatz erst mit Ablauf der Wochenfrist nach der Feststellung beginnt; das Ergebnis, daß ein Ersatzanspruch für Kosten selbstbeschaffter künstlicher Augen für 25 Jahre rückwärts (Unfall von 1889!) zugelassen wird, fällt freilich zunächst auf, ist aber einerseits ein seltener Ausnahmefall, anderseits doch auch nicht unbefriedigend und vor allem offenbar richtig. Und sind etwa die Renten „zu zahlen", d. h. fällig, vor der Festsetzung? Entsprechend ist die Vorschrift, die die Fälligkeit der Renten des IV. Buches regelt, in § 1297 RVO. zu finden; auch das „werden gezahlt" heißt doch nichts anderes als: „sind fällig". Für die einmaligen Zahlungen im Bereich der Invalidenversicherung, z. B. Nachzahlungen aller Art, fehlt freilich eine besondere Fälligkeitsregel; sie sind demgemäß, da eine entsprechende Anwendung der Wochenfrist des § 617 wohl nicht zu begründen ist, nach der Natur der Sache und nach der Grundregel des allgemeinen — nicht bloß privatrechtlichen — Schuldrechts (§ 271 Abs. 1 BGB.) „sofort" fällig, was praktisch wegen des notwendigen Spielraums zwischen Anweisung und Auszahlung durch die Post freilich doch wieder auf die Wochenfrist des § 612 hinauskommt.

Unsere Auffassung schafft ferner ein ganz klares, einfaches Verhältnis zwischen Antragsfrist (§§ 1253, 1546) und Verjährungsfrist. Für den Antrag, als die den Tatbestand des Rentenanspruchs vollendende empfangsbedürftige Willenserklärung, kommt eine Verjährung nicht in Frage, da er — der Antrag für sich allein! — kein Anspruch ist und daher nicht verjährt; denn nur Ansprüche verjähren, nach § 29 RVO. sowohl wie nach § 194 Abs. BGB. Wohl aber ist, wie vielfach sonst im Rechtsleben (Rechtsmittelfristen!), die Abgabe einer solchen Willenserklärung zeitlich beschränkt durch eine Ausschlußfrist, in der Invalidenversicherung wenigstens nach der Vergangenheit hin durch § 1253 RVO., nicht aber für die Zukunft, während § 1546 RVO. gerade für die Zukunft ausschließend wirkt (daß es sich dabei um eine Ausschlußfrist, keine Verjährungsfrist handelt, stellt die Entsch. 3039 Amtl. Nachr. 1920 S. 266 ausdrücklich klar). Verjähren kann dagegen nur der festgestellte Rentenanspruch. Die Konkurrenz von Ausschlußfrist und Verjährung, die die herrschende Meinung annehmen muß, wäre eine gesetzestechnisch unklare, mangelhafte Lösung, während die hier gebotene Lösung gesetzestechnisch glatt ist und praktisch vollauf befriedigt.

Tut sie das wirklich? Gewiß! Gegen Nachbewilligung für weit rückliegende Zeit schützt ja die Antragsfrist! Wo sie freilich — nach den Willen des Gesetzes! — außer Betracht zu bleiben hat, ist mangels einer Feststellung auch für die Verjährung kein Raum, so daß hier in Fällen wie die der Entscheidungen 2612 und 2645 (siehe oben) nachher bei der Festsetzung der Rente eine Zahlung für viele Jahre rückwärts erfolgen muß. Aber das will das Gesetz ja gerade, indem es die Ausnahme von der Antragsfrist zuläßt — und schließlich kommt ja auch das RVA. zu dem gleichen Ergebnis, nur auf dem Umwege über § 206 BGB.! Es bleibt nur noch der Fall zu betrachten, der der oben erwähnten Entscheidung des RVA. Nr. 1511 zugrunde lag: ein 1893 gestellter

Digitized by Google

Antrag bleibt wegen Todes des Versicherten liegen, bis 1908 die Witwe Fortsetzung des Verfahrens verlangt. Nach dem, was oben dargetan ist, kommt § 29 Abs. 3 RVO. nicht in Frage. Aber verjährt der durch Stellung des Antrags vollendete und erhobene, aber noch nicht festgestellte Rentenanspruch überhaupt nicht, oder greift für ihn wenigstens die allgemeine dreißigjährige Verjährungsfrist Platz? Das bayerische Landesversicherungsamt sieht ihn in seiner Entscheidung vom 27. 3. 14 als unverjährbar an, weil § 29 Abs. 3 ihn nicht trifft; ich neige dazu, ihn nach 30 Jahren von der Entstehung, also vom Eingang des Antrags an, verjähren zu lassen. Eine zivilrechtliche Analogie dafür bietet die Leibrentenforderung, die als Ganzes, als Gesamtanspruch in 30 Jahren verjährt, während die einzelnen Rentenbeträge der kurzen Verjährung unterliegen (so z. B. Oertmann, Anm. 5 zu § 760 BGB., auch Anm. 3 zu § 224 BGB., Crome, Recht der Schuldverhältnisse S. 604; andere leugnen freilich den Gesamtanspruch überhaupt, da er nichts Selbständiges neben den Einzelansprüchen sei, sich vielmehr in diesen allmählich erschöpfe, daher besonderer Verjährung auch nicht fähig sei, so z. B. Planck, § 224 BGB. Anm. 2, Staudinger, § 224 Anm. 3, Kommentar der Reichsgerichtsräte § 760 BGB. Anm. 3). Beginn der Verjährung mit der Entstehung, also mit Eingang des Antrags, wäre in Anlehnung an § 198 BGB. anzunehmen. Wie dem auch sei, die Frage ist praktisch offenbar ohne Belang, und jedenfalls beschwert es den Versicherungsträger nicht, wenn in solchen Fällen § 29 Abs. 3 für nicht anwendbar erklärt wird; denn liegt der Antrag vor, so hat er es ja in der Hand, das Verfahren durch Bescheid zum Abschluß zu bringen und so die kurze Verjährung in Lauf zu setzen.

Zum Schluß ein Blick auf die übrigen Versicherungszweige. Daß unsere Lehre auch für die Unfallversicherung zutrifft, ergibt sich ohne weiteres, ist oben auch bereits beiläufig dargetan. Aber auch für die Angestelltenversicherung gilt sie; auch diese hat ja das förmliche Feststellungsverfahren, auch sie hat für den Antrag die Ausschlußfrist (§ 23 AVG.), sogar ohne jede Einschränkung, anders als § 1253 (vgl. Entsch. 430, „Angest. Vers." 1920 S. 216), behandelt den Antrag als Anspruchsvoraussetzung (§ 67), und hat in § 229 Abs. 3 den § 29 Abs. 3 RVO. wörtlich übernommen. Daß unsere Auffassung aber für die Krankenversicherung n i c h t zutrifft, bestätigt im Rückschluß ihre Richtigkeit. Denn die Krankenversicherung kennt ja nicht den förmlichen Antrag als Anspruchsvoraussetzung (vgl. Entsch. 2086, Amtl. Nachr. 1915 S. 664), nicht das förmliche Feststellungsverfahren, knüpft vielmehr den Anspruch unmittelbar an den Versicherungsfall und läßt die Krankenkasse ihn formlos befriedigen. Mithin ist der Anspruch auch grundsätzlich mit dem Entstehen fällig und beginnt damit zu verjähren (vgl. Hahn, Handb. der Kr. Vers., § 223 Anm. 2a). Das ist eben ein wohlbegründeter Unterschied zwischen Krankenversicherung und Rentenversicherung.

Die hier vertretene Auffassung ist übrigens, wie abschließend bemerkt sein mag, auch der Rechtslehre nicht fremd. Mit kurzer Begründung vertritt sie Schricker, Monatsschrift f. Arb. u. Angest. Vers. 1918 Sp. 238, ebenso Stier-Somlo, Kommentar, § 29 Anm. Ca, und anscheinend auch Düttmann (§ 29 Anm. 12), während aus Weymanns Bemerkung (Anm. 6), § 29 Abs. 3 beziehe sich auf festgestellte wie auf nicht festgestellte Ansprüche, seine Meinung für den vorliegenden Fall nicht klar wird und Hanow (§ 29 Anm. 12) sich der Rev. E. Nr. 1511 anschließt. Auch Seelmann (§ 1253 Anm. 2) läßt bereits den angemeldeten Anspruch — aber auch erst diesen — verjähren.

Digitized by Google

Absehen von Erstattungsansprüchen aus § 197 RVO. durch Gegenseitigkeitsverträge.

Von Friedrich Kleeis, Bürgermeister in Aschersleben.

In die Reichsversicherungsordnung (§ 197) wurde als Neuerung die Bestimmung aufgenommen, wonach für den Fall, daß eine Wöchnerin während des letzten Jahres vor der Entbindung bei mehreren Krankenkassen, knappschaftlichen Krankenkassen oder Ersatzkassen versichert war, die anderen der leistungspflichtigen Kasse für die Leistungen aus den §§ 195, 196 auf Verlangen den Betrag des Wochengeldes nach Verhältnis der Mitgliedzeit zu erstatten haben. Durch die inzwischen ergangenen vielfachen Gesetze, welche die Wochenhilfe und Wochenfürsorge ausgestalteten, ist auch der § 197 wiederholt geändert worden. Gegenwärtig, nach dem Gesetz, betr. Wochenhilfe und Wochenfürsorge, vom 29. Juli 1921, hat der § 197 folgenden Wortlaut:

„Ist die Wöchnerin während des letzten Jahres bei mehreren Krankenkassen, knappschaftlichen Krankenkassen oder Ersatzkassen versichert gewesen, so haben die anderen der leistungspflichtigen Kasse auf Verlangen die Leistungen aus den §§ 195a, 195c, 196 nach Verhältnis der Mitgliedzeit zu erstatten. Dabei ist für Aufwendungen, welche die Kasse nach § 195c gemacht hat, in jedem Einzelfall als einmaliger Beitrag zu den Kosten der Entbindung (§ 195a Abs. 1 Nr. 1) der Betrag von 100 M. und als Beihilfe für Hebammendienste und ärztliche Behandlung bei Schwangerschaftsbeschwerden (§ 195a Abs. 1 Nr. 3) der Betrag von 15 M. zu ersetzen.

Der Erstattungsanspruch ist nur bis zur Höhe des Anspruchs begründet, welcher der Wöchnerin gegen die erstattungspflichtige Kasse zugestanden hätte, wenn diese leistungspflichtig gewesen wäre. Für Leistungen, welche diese Kasse nach § 195c gewährt, werden die im Abs. 1 Satz 2 bezeichneten Beträge angesetzt."

Nach der Begr. zur RVO. beruht der § 197 (§ 211 des Entw.) „auf einem Wunsche, den viele Krankenkassen auf Grund ihrer praktischen Wahrnehmungen geäußert haben. Die Vorschrift soll dazu dienen, die Abschiebung weiblicher Versicherter, die ihrer Niederkunft entgegensehen, an andere Krankenkassen zu verhindern."

Hatte der § 197 anfänglich eine verhältnismäßig geringe Bedeutung, so ist diese durch die Einführung der Reichswochenhilfe und Wochenfürsorge erheblich gewachsen. Vor allem zunächst durch die größer gewordene Zahl der weiblichen Mitglieder bei allen Krankenkassen, sodann durch die umfangreicheren Leistungen, die heute in der Wochenhilfe zu gewähren sind. Konnten sich früher Erstattungsansprüche nur auf Wochengeld in der Form der Regelleistungen und auf Kur und Verpflegung in einem Wöchnerinnenheim, sowie Hilfe und Wartung durch Hauspflegerinnen erstrecken, so können heute erstattet verlangt werden die Entbindungskosten, Schwangerschaftsbeihilfen und Stillgelder. Ein größeres Wirkungsgebiet hat der § 197 weiter durch den neuen § 205a bekommen, der die Wochenhilfe als Pflichtleistung auch einführt für die Ehefrauen, sowie solche Töchter, Stief- und Pflegetöchter der Versicherten, welche mit diesen in häuslicher Gemeinschaft leben, wenn sie gewisse leichterfüllbare Voraussetzungen nachweisen. Dabei heißt es ausdrücklich (§ 205a Abs. 4): „Die §§ . . 197 . . gelten entsprechend."

Die mit der Erhebung der Erstattungsansprüche verbundenen Verwaltungsarbeiten sind recht zeitraubend. Es müssen, anders als es sonst der Fall wäre, von der Wöchnerin gewissenhafte Nachweisungen über frühere Kassenmitgliedschaften verlangt, Berechnungen angestellt, Forderungen ausgeschrieben, Registraturen vorgenommen werden usw. Manche Kassen, wie z. B. die Allgem. Ortskrankenkasse Berlin, haben Vordrucke für eine gewissenhafte Abrechnung eingeführt. Die erstattungspflichtige Kasse hat zweifellos Anspruch auf eine genaue Nachweisung und Übersicht über die Verteilung des gesamten zu erstattenden Betrages. Man sollte aber heute, in der Zeit der 7½stündigen Arbeitszeit in den Kassenbureaus und bei den so ungeheuer gestiegenen Verwaltungsunkosten überhaupt

Digitized by Google

auf eine möglichste Vereinfachung der ganzen Verwaltungsarbeit hinwirken. Da entsteht denn doch die Frage, unter welchen Voraussetzungen die Erhebung der Erstattungs-Ansprüche überhaupt unterlassen werden kann.

Zunächst ist darauf hinzuweisen, daß der § 197 anfänglich recht wenig Anklang und Beachtung gefunden hat. Eine Umfrage, die ich einmal vorgenommen habe (vgl. Zentralblatt der Reichsversicherung 1914 S. 421), stellte fest, daß nach fast einjährigem Bestehen die Vorschrift von vielen Kassen überhaupt noch nicht, von anderen nur in wenigen Fällen angewendet worden war. Einige teilten allerdings mit, daß sie systematisch jeden Fall auf die mögliche Anwendung des § 197 prüfen und ihn gegebenenfalls durchführen. Eine Kasse schrieb, sie habe den § 197 in ihre Satzung „gar nicht aufgenommen, weil dieser bei den niedrigen Kassenbeiträgen zu teuer wird"; sie erhebe keine Ansprüche aus § 197 und sei damit auch gegen die Heranziehung durch andere Kassen geschützt. Dies ist natürlich irrig. Die amtlichen Mustersatzungen für Krankenkassen enthalten allesamt eine entsprechende Bestimmung nicht, wohl aber der vom Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen herausgegebene Satzungsentwurf (§ 30), und hieraus ist sie in manche Kassensatzung übergegangen. Aus dem Fehlen einer solchen Bestimmung in der Satzung kann aber nicht geschlossen werden, daß sie nicht angewendet werden könne oder ihr nicht entsprochen werden müsse. Der § 197 gehört zu den allgemein gültigen Bestimmungen der RVO., die auch ohne Aufnahme in die Satzung Wirkung haben. Er ist nach seiner Fassung „zwingend" wenigstens in dem Sinne, daß die Erstattung „auf Verlangen" geleistet werden muß.

Es mag richtig sein, daß früher die Betriebskrankenkassen (solche kommen doch nach Lage der Sache hauptsächlich in Frage) in der Abschiebung von Wöchnerinnen oft wenig bedenklich waren. So sind mir noch vor etwa 15 Jahren Arbeitsordnungen zu Gesicht gekommen, die bestimmten, daß Schwangere eine bestimmte längere Zeit vor der Entbindung den Betrieb zu verlassen hatten. Das geschah nicht zur Schonung der Schwangeren, sondern der Kasse, denn man wußte genau, daß die Schwangere nicht so lange Zeit bis zur Entbindung ohne Arbeit bleiben konnte, sondern einen Betrieb aufsuchen werde, bei dem es in diesem Punkte nicht so genau darauf ankam, weil er der Ortskrankenkasse angehörte. Es hat sich aber doch in dieser Hinsicht manches gebessert. Die ganz kleinen Betriebskrankenkassen, die sich in der angegebenen Richtung besonders hervortaten, sind durch die Reichsversicherungsordnung beseitigt worden. Eine weitere Zentralisation der Krankenversicherung würde den § 197 noch mehr gegenstandslos machen. Sodann haben durch das Betriebsrätegesetz die Arbeitnehmer einen starken Einfluß auf die Gestaltung der Arbeitsordnungen und die Entlassung von Arbeitskräften überhaupt erhalten. Damit ist auch willkürlichen Entlassungen von Schwangeren zum Zwecke der Abschiebung schon etwas vorgebeugt. Schließlich ist auch die freiwillige Fortsetzung der Versicherung mehr und mehr in Aufnahme gekommen, so daß auch dadurch die Abschiebung nicht mehr so leicht möglich ist. Wenn gleichwohl noch vereinzelt solche Fälle vorkommen mögen, so rechtfertigt das doch nicht den gewaltigen Apparat, der bei allen Kassen wegen der Erstattungen in Bewegung gesetzt werden muß.

Viele Kassen meinen, es liege lediglich in ihrem Belieben, das im § 197 vorgesehene „Verlangen" der Erstattung zu stellen oder davon abzusehen. Ich bin früher dieser Ansicht entgegengetreten (Zentralbl. a. a. O.) mit der Begründung: Die Worte „auf Verlangen" bedeuten nur, daß die erstattungspflichtige Kasse nicht unaufgefordert zu zahlen brauche; einer Anwendung des § 197 nach Willkür stehe der § 23 RVO. in Verbindung mit § 1804 BGB. entgegen; es sei eine zu vertretende Schädigung des Kassenvermögens, wenn die Kassenorgane von dem

Digitized by Google

Rückgriff keinen Gebrauch machen. Anderer Meinung scheint Hahn (Handb. der Krankenverf., Anm. zu § 197) zu sein, der sagt, die Kasse könne nach Ermessen von der Geltendmachung eines solchen Anspruchs absehen. Ebenso Krause, Wochenhilfe, Anm. 6 zu § 197; ähnlich auch Stier-Somlo, Komment. zur RVO., Anm. 2 und wohl auch Siefard-Sitzler Anm. 2 zu § 197. Dagegen sagt Dr. Jaeger, Wochenhilfe, Anm. 6 zu § 197a: „Die Geltendmachung ist zwar in das Ermessen der leistungspflichtigen Kasse gestellt, doch ist der Verzicht auf den Erstattungsanspruch ihr nicht ohne weiteres überlassen. Es wird von pflichtgemäßen, durch die Rücksicht auf die Kassenfinanzen geleiteten Erwägungen abhängen, ob von der Geltendmachung des Erstattungsanspruchs abgesehen werden kann. Bei geringen Geldbeträgen ist das ohne weiteres angängig. Größere Summen müssen jedoch beigetrieben werden. Hierauf kann gegebenenfalls die Aufsichtsbehörde hinwirken."

Es soll hier dahingestellt bleiben, ob ein gänzlicher Verzicht „armer" Kassen auch auf „größere Summen" angängig ist oder nicht. Jedenfalls wird eine Unterlassung der Erhebung des Anspruchs angängig sein, wenn die Kassen sie gegenseitig vereinbaren. Es liegt ja dann ein gänzlicher Verzicht nicht vor. Auch Hahn, Handb. der Krkverf., Anm. 2, erachtet Vereinbarungen zwischen Kassen dahin, daß sie wechselseitig gegeneinander derartige Ansprüche nicht erheben sollen, für zulässig. Solchenfalls könne im allgemeinen ein Ausgleich der beiderseitigen Interessen unterstellt werden. Es würden ja auch andere, auf solchen Ausgleich abzielende Abkommen zugelassen und gefördert.

Diese gegenseitigen Vereinbarungen der Kassen können in verschiedener Form getroffen werden. Zunächst von den Kassen eines Ortes und seiner Umgebung unmittelbar. Die „Binnenwanderung" der Schwangeren erstreckt sich meist nicht auf allzugroße Entfernungen; sie werden meist am Orte bleiben. Es genügt, wenn die eine Kasse schriftlich anfragt, ob die andere Kasse damit einverstanden ist, daß sie beiderseitig den Erstattungsanspruch unterlassen und die befragte Kasse zustimmt. In dieser Form hat beispielsweise die Ortskrankenkasse für den Saalkreis (Sitz Halle a. S.) mit einer Reihe im Kreise liegender anderer oder benachbarter Kassen die Anwendung des § 197 RVO. ausgeschlossen. Wenn tatsächlich die Befürchtung begründet sein sollte, daß bei einer solchen Praxis die Betriebskrankenkassen im Vorteil sind, weil sie das „Abschieben" der Schwangeren doch nicht lassen, so braucht mit solchen Kassen eine derartige Vereinbarung einfach nicht getroffen zu werden.

Ein anderer Weg ist der, daß die Kassenverbände, die örtlichen für den Bezirk eines Versicherungsamts sowie die Allgemeinen Kassen-Vereinigungen (§ 414 RVO.) für größere Gebiete den Beschluß fassen, daß die Verbandskassen untereinander den Erstattungsanspruch unterlassen. Gegenseitige Abmachungen in dieser Form bestehen für verschiedene Zwecke, z. B. bei Überweisungen von Kranken zur Fürsorge nach §§ 219, 222 RVO., zwischen Krankenkassenverbänden und Berufsgenossenschaften wegen der Heilfürsorge innerhalb der Wartezeit oder der Erstattung der kassenseitigen Aufwendungen nach Ablauf dieser Wartezeit usw. Es ist zu verwundern, daß die großen Kassenvereinigungen, wie z. B. der Hauptverband Deutscher Ortskrankenkassen, noch nicht darauf gekommen sind, eine Erleichterung der gesamten Kassenverwaltungsmaschinerie dadurch herbeizuführen, daß die Verbandskassen sich gegenseitig verpflichten, den § 197 nicht anzuwenden. Zu solchen Abmachungen anzuregen, soll der Zweck dieser Zeilen sein.

Digitized by Google

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Grundsätzliche Entscheidungen (Bescheide, Mitteilungen) des Reichsversicherungsamts.

(Nr. 9 der **Amtl. Nachr.** v. 23. September 1921.)

I. Unfallversicherung.

Für die Zulageberechtigung nach der Vrdg. v. 5. Mai 1920 (RGBl. S. 878, ArbVers. S. 293) ist es ohne Bedeutung, ob der Berechtigte die Rente auf Grund der Versicherungspflicht oder der freiwilligen Versicherung bezieht (3078 S. 383).

Die Zulage zu einer reichsgesetzlichen Unfallrente wird nur für solche Monate gewährt, für deren ganze Dauer die Voraussetzungen des Anspruchs auf die Zulage bestanden haben (3079 S. 384).

Beim Uebergang eines Betriebs von einer Berufsgenossenschaft in die Versicherung des Reichs gemäß § 624 RVO. sind die §§ 625 Abs. 3, 4, 627 Abs. 3, 628 Abs. 4 nicht anzuwenden auf Entschädigungsansprüche, die gegen die Berufsgenossenschaft aus Unfällen in dem ausscheidenden Betrieb entstanden sind. Die Berufsgenossenschaft hat diese Ansprüche weiterhin zu befriedigen (3080 S. 385).

II. Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Zu den ehelichen Kindern im Sinne des § 1259 RVO. gehören auch die nach §§ 1741 bis 1772 BGB. an Kindes Statt angenommenen (2670 S. 392.)

Bei Berechnung der Waisenausteuer gemäß § 1296 RVO. ist nur der Betrag der Waisenrente ohne die Zulage aus dem Gesetze v. 20. Mai 1920 (RGBl. S. 1091, ArbVers. S. 370) und ohne die außerordentliche Beihilfe aus dem Gesetze v. 26. Dezember 1920 (RGBl. S. 2315, Arb.Vers. 1921 S. 53) zu berücksichtigen (2671 S. 393).

B. Zur Krankenversicherung.

Krankenkassenzugehörigkeit der ehemaligen Betriebe und Dienststellen der Heeresverwaltung.

Erlaß des **Reichsarbeitsministers** v. 18. August 1921 (RVersorgBl. S. 499).

Die Satzungen der Betriebskrankenkassen des Reichs sind jetzt allgemein dahin erweitert worden, daß sich ihr Bezirk auf alle ehemaligen Betriebe und Dienststellen der Heeresverwaltung erstreckt, die zur Reichswehr und zu den Zivilverwaltungen des Reichs übergetreten sind. Diese Betriebe können daher von den Ortskrankenkassen nicht mehr beansprucht werden. Das Reichsversicherungsamt hat durch Entscheidung vom 18. März 1921 diese Auffassung bestätigt. Im Interesse der Wirtschaftlichkeit der Betriebskrankenkassen des Reichs wird Wert darauf gelegt, daß alle ihnen zukommenden Betriebe und Dienststellen bei ihnen zur Krankenversicherung angemeldet werden. Es kommen jedoch nur solche Betriebe und Dienststellen in Frage, die sich in Orten der Betriebskrankenkassen des Reichs und deren Umgebung befinden, und zwar in Berlin, Altona, Hannover, Königsberg, Pillau, Ulm, Leipzig und Wilhelmshaven und den laut Satzungen etwa dazu gehörenden Nebenorten. Soweit in diesen Orten die der Krankenversicherungspflicht unterliegenden Personen der Versorgungsbehörden und Versorgungskrankenhäuser bei den Ortskrankenkassen angemeldet sind, ist die Überleitung auf die Betriebskrankenkassen des Reichs nach näherer Vereinbarung mit den beteiligten Krankenkassen alsbald zu veranlassen.

Fristbeginn für Anmeldung Erwerbsloser durch die Gemeinde bei der Krankenkasse.

Erlaß des **preuß. Ministers für Volkswohlfahrt** v. 15. August 1921 (Volksw. S. 414).

Im Falle des § 12a der Verordnung über Erwerbslosenfürsorge hat der Fürsorgeträger die von ihm unterstützten Erwerbslosen, die zur Fortsetzung oder Aufrechterhaltung einer Versicherung gegen Krankheit berechtigt sind, innerhalb zwei Wochen nach Beginn der Erwerbslosenunterstützung anzumelden. Die Frist von zwei Wochen beginnt also erst mit dem Tage, von dem an die Unterstützung gezahlt wird (grundsätzlich also nach Ablauf der einwöchigen Wartefrist). Ist der Erwerbslose bei Beginn der Unterstützung noch zur Fortsetzung der Versicherung berechtigt, d. h. sind an diesem Tage noch nicht drei Wochen seit der Aufgabe der letzten versicherungspflichtigen Beschäftigung vergangen (§ 313 Abs. 2 RVO.), so hat der Fürsorgeträger die Weiterversicherung des Erwerbslosen zu übernehmen; das bedeutet, daß er die Beiträge an die Krankenkasse zahlen muß, die der Versicherte selbst zur Aufrechterhaltung seines Versicherungsanspruchs hätte zahlen müssen. Die Erwerbslosenfürsorge hat

Digitized by Google

demnach sämtliche Versicherungsbeiträge, die seit Beendigung des letzten versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnisses fällig geworden sind, an die Krankenkasse zu entrichten. Dies gilt, wenn sich der Beginn der Unterstützung nicht unmittelbar an die Beendigung der versicherungspflichtigen Beschäftigung anschließt, auch hinsichtlich der Zwischenzeit zwischen der Beendigung der Mitgliedschaft und dem Eintritt der Erwerbslosenunterstützung. Anderseits ist die Verpflichtung der Erwerbslosenfürsorge (selbstverständlich) nur eine aushelfende, d. h. wenn der versicherte Erwerbslose selbst die Beiträge zur Krankenkasse entrichtet hat, so besteht keine Verpflichtung für die Erwerbslosenfürsorgestelle, sie ihm zu ersetzen. Soweit der Versicherte das Recht zur Weiterversicherung nach Aufgabe des versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnisses hat und davon Gebrauch macht, ist auch die Krankenkasse zur Annahme der Versicherungsbeiträge gehalten.

Streit, ob ein Angestellter der Dienstordnung untersteht, ist nach § 358 Abs. 1 RVO. zu entscheiden.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 24. Juni 1921 (2669 Amtl. Nachr. 1921 S. 380).

Das Reichsversicherungsamt hatte zunächst zu prüfen, ob die weitere Beschwerde zulässig ist. Es handelt sich vorliegend um eine Streitigkeit, in der der Beschwerdeführer behauptet, daß er der Dienstordnung unterstehe, während die Kasse dies bestreitet. Daher war zunächst zu entscheiden, ob auch auf derartige Streitigkeiten das Verfahren nach § 358 RVO. anwendbar ist. Diese Frage war zu bejahen. Mit dem Wortlaut der Vorschrift ist eine solche Auslegung vereinbar. Die Entstehungsgeschichte läßt nichts Gegenteiliges ersehen. Der Zusatz „die der Dienstordnung unterstehen" ist von der Kommission ohne weitere Verhandlungen hinzugefügt. (Zu vgl. Kommissionsbericht II S. 243, 261.) Hiernach liegt kein Anlaß vor, das Verfahren nach § 358 RVO. nur in solchen Fällen für zulässig zu erachten, in denen die Frage, ob der Angestellte der Dienstordnung untersteht, nicht streitig ist. Gegen eine solche einengende Auslegung der Vorschrift würde auch die Erwägung sprechen, daß es dem Belieben der Parteien nicht überlassen bleiben darf, durch ihre Behauptungen das für die Entscheidung über den Anspruch in Betracht kommende Verfahren zu bestimmen. In der Sache selbst hat das Oberversicherungsamt nicht etwa, wie es nach der Formel den Anschein haben kann, lediglich seine Zuständigkeit zur Entscheidung verneint, sondern die Frage, ob M. der Dienstordnung untersteht, geprüft und sie im verneinenden Sinne beantwortet. Die Entscheidung ist daher im Rahmen des § 358 RVO. ergangen und somit nach § 358 Abs. 1 Satz 2 endgültig. Demnach war die weitere Beschwerde als unzulässig zu verwerfen.

Beitragspflicht bis zur Abmeldung (§ 397 Abs. 1 RVO.) trotz Anmeldung durch einen neuen Arbeitgeber.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** v. 18. März 1921 (2633 Amtl. Nachr. 1921 S. 276).

Das Reichsversicherungsamt hat in der Entsch. 2054 (Amtl. Nachr. 1915 S. 589) grundsätzlich ausgesprochen, daß die Vorschriften über die Verpflichtung des Arbeitgebers zur Entrichtung von Beiträgen erschöpfend seien und daß für die Anwendung von Vorschriften des bürgerlichen Rechts daneben kein Raum sei. Damit erledigt sich der in der Beschwerde erhobene Einwand der ungerechtfertigten Bereicherung. Weiter ist dort ausgeführt, aus der rechtlichen Natur des § 397 Abs. 1 RVO. als einer Ordnungsvorschrift ergebe sich, daß die Beiträge von dem Arbeitgeber bis zur ordnungsmäßigen Anmeldung auch dann fortzuzahlen seien, wenn der ausgeschiedene Arbeitnehmer inzwischen in ein anderes versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis eingetreten sei und der neue Arbeitgeber gleichfalls Beiträge für ihn, sei es an dieselbe Kasse oder eine andere Kasse entrichtet habe. Aus der Natur der streitigen Vorschrift als Ordnungsvorschrift folgt sodann, daß die Pflicht des Arbeitgebers zur Fortzahlung der Beiträge nicht nur dann besteht, wenn die Abmeldung schuldhafterweise unterblieben ist. In Ergänzung dieser Entscheidung ist in der Entsch. 2080 (Amtl. Nachr. 1915 S. 649) ausgeführt, daß die bezeichnete Verpflichtung des Arbeitgebers dann wegfalle, wenn die rechtzeitige Abmeldung tatsächlich unmöglich sei. Weiter ist in der Entsch. 2098 (Amtl. Nachr. 1915 S. 684) noch ausgesprochen, daß die Verpflichtung der Arbeitgeber auch dann entfalle, wenn ausnahmsweise kein öffentliches Interesse für die Vornahme der Abmeldepflicht bestehe. Dieses ist in einem Falle angenommen, in dem eine Kasse über die Lösung des Beschäftigungsverhältnisses nicht im Zweifel sein konnte, weil nach einer amtlichen Mitteilung des Versicherungsamts der Arbeitgeber die Einleitung eines Streitverfahrens nach § 405 Abs. 2 RVO. beantragt hatte, wobei noch ins Gewicht fiel, daß eine gegenteilige Entscheidung zu einer besonderen Härte gegenüber dem Arbeitgeber geführt haben würde. Eine Anwendung dieses Grundsatzes auf Fälle der vorliegenden Art ist nicht angängig. Wie das Oberversicherungsamt zutreffend ausführt, beweist eine Neuanmeldung nicht ohne weiteres die Beendigung des früheren Beschäftigungsverhältnisses, da dieses daneben fortbestehen kann. Deshalb sind auch die Ausführungen des Oberversicherungsamts Groß-Berlin in der Entsch. vom 12. Januar 1917 (ArbVers. S. 257) nicht durchschlagend. Ob die Be-

Digitized by Google

schäftigung eines Dienstboten an zwei verschiedenen örtlich getrennten Stellen, wie das Oberversicherungsamt in der bezeichneten Entscheidung annimmt, durchaus unwahrscheinlich ist, mag dahingestellt bleiben. Ausgeschlossen ist sie nicht. Zwingend ergab sich also für die Kasse aus der Neuanmeldung der in Rede stehenden Personen durch einen anderen Arbeitgeber nicht die Folgerung, daß das Beschäftigungsverhältnis bei der Beschwerdeführerin beendet sei. Zur Klärung dieses Punktes weitere Ermittlungen anzustellen, war die Kasse aber nicht verpflichtet. Hiernach lag der Ausnahmefall der Entscheidung 2098 (Amtl. Nachr. 1915 S. 684) nicht vor. Demnach erweist sich die getroffene Entscheidung als zutreffend und die Beschwerde mußte zurückgewiesen werden.

Anmerkung: Das Oberversicherungsamt Berlin hat in einer neueren Entscheidung, unter Hinweis auf die vorliegende Entscheidung des Reichsversicherungsamts erklärt, daß die früher vertretene abweichende Auffassung nicht mehr aufrecht erhalten werden könne.

C. Zur Unfallversicherung.

Bei Übernahme des Heilverfahrens nach § 1513 hat die Berufsgenossenschaft auch das Krankengeld bis zum Ablauf der 13. Woche auszuzahlen. — Streit ist im Aufsichtswege zu entscheiden.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** v. 13. Mai 1921 (2655 Amtl. Nachr. 1921 S. 345).

Die Berufsgenossenschaft der F. und E. ist der Auffassung, die Allgemeine Ortskrankenkasse M. sei verpflichtet, auch im Falle der Frühübernahme des Heilverfahrens durch die Berufsgenossenschaft nach § 1513 RVO. das Krankengeld an den Verletzten bis zum Ablauf der 13. Woche auszuzahlen. Sie hat sich daher, da die Krankenkasse dies ablehnte, an das Versicherungsamt mit dem Antrag gewandt, die Krankenkasse dazu anzuhalten. Das Versicherungsamt wies den Antrag zurück, ebenso das Oberversicherungsamt die gegen die Entscheidung des Versicherungsamts eingelegte Beschwerde. Dagegen richtete sich die weitere Beschwerde der Berufsgenossenschaft an das Reichsversicherungsamt. Dieses hatte zunächst zu prüfen, ob es zur Entscheidung der Sache zuständig ist. Die Frage war zu bejahen. Es handelt sich nicht etwa um eine Streitigkeit im Sinne des § 1515 Abs. 1 RVO., denn letztere Vorschrift betrifft nur Streitfälle aus § 1514. Hier gilt § 1513. Für solche Fälle greifen die §§ 1792, 1797 in Verbindung mit §§ 30, 377 RVO. Platz. Sachlich erwies sich die weitere Beschwerde als unbegründet.

Wie das Oberversicherungsamt bereits zutreffend ausgeführt hat, ergibt sich aus § 1513 RVO., daß der Träger der Unfallversicherung, der in dem dort vorgesehenen Falle das Heilverfahren übernimmt, für dessen Dauer oder bis zum Ablauf der dreizehnten Woche nach dem Unfall dem Kranken das zu gewähren hat, was diesem seine Krankenkasse nach Gesetz oder Satzung zu leisten hat. Daraus folgt auch, daß der Träger der Unfallversicherung dem Verletzten seinerseits das Krankengeld zu zahlen hat. Diese gesetzliche Regelung muß jedenfalls so lange Platz greifen, als nicht eine anderweite Regelung unter den Parteien erfolgt ist. Daß eine solche hier nicht vorliegt, ist unbestritten. Demnach erweist sich das Verlangen der Berufsgenossenschaft als unbegründet.

Unfallversicherung der in Blumenhandlungen Beschäftigten.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 30. Dezember 1920 (3075 Amtl. Nachr. 1921 S. 329).

... Durch den von der Reichsversicherungsordnung neugeschaffenen Begriff der Behandlung und Handhabung der Ware (§ 537 Abs. 1 Nr. 11) ist auch die gesamte bisher unversicherte Verkaufstätigkeit der Unfallversicherung unterstellt worden. Es ist daher bei der Prüfung der berufsgenossenschaftlichen Zugehörigkeit von Blumenhandlungen jetzt zu untersuchen, welche der in solchen Betrieben ausgeführten Tätigkeiten als Be- und Verarbeitung von Gegenständen und welche als Behandlung und Handhabung der Ware zu gelten haben. Daß unter letzteren Begriff die sachgemäße Aufbewahrung und Pflege und der Verkauf einzelner Blumen fällt, kann nicht zweifelhaft sein. Anders wird man aber auch nicht die Tätigkeit des meist eine besondere Fachausbildung besitzenden Verkaufspersonals beurteilen können, die darin besteht, daß an sich einzeln käufliche Blumen den Wünschen der Käufer entsprechend zu Sträußen oder sonstigen künstlichen Gebinden zusammengestellt werden. Es handelt sich dabei lediglich darum, die Ware dadurch in verkaufsfähigen Zustand zu versetzen, daß sie den Wünschen und dem Geschmacke des kaufenden Publikums angepaßt wird. Die gleichen Grundsätze hat das Reichsversicherungsamt in ständiger Rechtsübung bereits für Betriebe aufgestellt, in denen ein Verkauf von fertigen Kleidungsstücken, insbesondere von Damenkleidern und -hüten stattfindet und regelmäßig Umänderungsarbeiten in größerem Umfang erforderlich werden. Arbeiten der

Digitized by Google

letzteren Art sind, sofern sie auf Grund der Verkaufsverhandlungen vorgenommen werden, als Behandlung und Handhabung der Ware angesehen worden. Bei dieser Sachlage bleiben als Be- und Verarbeitung von Gegenständen in Blumenhandlungen nur die Tätigkeiten übrig, welche die Herstellung von künstlichen Gebinden auf Vorrat zum Gegenstand haben.

Die Firma beschäftigt im vorliegenden Falle in ihrer Blumenhandlung und Binderei außer einer Kassiererin, drei erste Binderinnen, eine zweite Binderin, zwei Drahterinnen, drei Lehrmädchen und drei Laufburschen, somit insgesamt über zehn Personen. Die zum Verkaufe gelangenden Pflanzen sind sämtlich von fremder Herkunft. In der Binderei entfällt nur ein Zehntel der Arbeiten auf die Anfertigung von Kränzen, Blumengebinden und dergleichen auf Vorrat, dagegen neun Zehntel unmittelbar auf Bestellung der Kundschaft. Danach überwiegt in dem streitigen Betriebe bei weitem die Behandlung und Handhabung der Ware. Da nach Lage der Akten auf diese Tätigkeit auch mindestens 300 Arbeitstage im Jahre entfallen (Bekanntm. des RVA. vom 15. Januar 1912, Amtl. Nachr. S. 504), gehört der Betrieb zur Detailhandels-Berufsgenossenschaft.

D. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Bekanntmachung des Reichsarbeitsministers über die Berechnung der Abfindung an Empfänger einer Zusatzrente aus der Invalidenversicherung.

Vom 12. Oktober 1921 (RGBl. S. 1308).

Auf Grund des Artikels II D des Gesetzes über die anderweite Festsetzung der Leistungen und der Beiträge in der Invalidenversicherung vom 23. Juli 1921 (Reichs-Gesetzbl. S. 984) wird folgendes bestimmt:

§ 1. — Für die Berechnung des Kapitalwerts der Zusatzrente wird das am letzten Geburtstag vor dem 1. Oktober 1921 erreichte Lebensalter des Empfängers zugrunde gelegt.

§ 2. — Als Abfindung ist das aus der nachstehenden Aufstellung ersichtliche Vielfache des Jahresbetrags der Rente zu gewähren:

bei einem Alter von	bis unter Jahren	das
	30	$3^1/_2$ fache
30	35	$4^1/_2$ "
35	40	$5^1/_2$ "
40	45	$6^1/_2$ "
45	50	$7^1/_2$ "
50	65	8 "
65	70	$7^1/_2$ "
70	75	6 "
75 und mehr		5 "

§ 3. — Nach dem 1. Oktober 1921 gezahlte Beträge sind von der Abfindung abzuziehen.

§ 4. — Diese Vorschriften treten mit Wirkung vom 1. Oktober 1921 ab in Kraft.

Verordnung des Reichsarbeitsministers über die Einrichtung der Quittungskarten für die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Vom 30. September 1921 (RGBl. S. 1275).

Auf Grund des § 1416 der Reichsversicherungsordnung und des Artikels 179 Abs. 2 der Verfassung des Deutschen Reichs werden mit Zustimmung des Reichsrats die Bekanntmachung über die Einrichtung der Quittungskarten für die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung sowie das Entwerten und Vernichten der Beitragsmarken und der Zusatzmarken vom 10. November 1911 (RGBl. S. 937) und die Bekanntmachung über die Einrichtung der Quittungskarten für die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung vom 12. Oktober 1916 (RGBl. S. 1167) wie folgt geändert:

A.

In Ziffer I der beiden Bekanntmachungen treten an die Stelle von Nr. 1 Abs. 1 die Bestimmungen:

„Die Quittungskarten sind für die Pflichtversicherung in gelber Farbe und für die Selbstversicherung in grauer Farbe nach den anliegenden Mustern A und B herzustellen. Zur Herstellung der Quittungskarten ist Zellstoff zu verwenden. Der Stoff muß eine mittlere Reißlänge von 4000 Metern und eine mittlere Dehnung von 3 vom Hundert haben, darf nur schwach geglättet angefertigt werden und muß im Geviertmeter ein Gewicht von 270 bis 290 Gramm, im Durchschnitt 280 Gramm, aufweisen. Von den Bestimmungen über Art und Beschaffenheit des Stoffes kann das Reichsversicherungsamt Abweichungen zulassen."

B.

In Ziffer II Nr. 5 Abs. 1 Satz 1 der Bekanntmachung vom 10. November 1911 werden die Worte: z. B. „6. 1. 12." für den 6. Januar 1912 ersetzt durch die Worte: z. B. „9. 10. 21" für den 9. Oktober 1921.

C.

Vorstehende Bestimmungen treten am 1. Oktober 1921 in Kraft.

Vorhandene Vorräte von Quittungskarten können aufgebraucht werden.

Zu den ehelichen Kindern im Sinne des § 1259 RVO. gehören auch die an Kindesstatt angenommenen.

Rev.-Entsch. des **Reichsversicherungsamts** v. 9. Juni 1921 (2670 Amtl. Nachr. 1921 S. 392).

Nach § 1259 RVO. erhalten Waisenrente nach dem Tode des versicherten Vaters seine ehelichen Kinder. Unstreitig ist die Klägerin von dem Straßenbahnschaffner Sch. an Kindesstatt ange-

Digitized by Google

nommen; sie hat damit die Rechtsstellung eines ehelichen Kindes erlangt (§ 1757 Abs. 1 RVO.). Allerdings bezieht sich das zunächst nur auf die im Bürg. Gesetzb. selbst geregelten Rechtsverhältnisse. Mangels entgegenstehender Vorschrift unterliegt es aber, wie das Reichsversicherungsamt bereits in der Entsch. 2017 (Amtl. Nachr. 1915 S. 510) ausgeführt hat, keinen Bedenken, die bezeichnete Vorschrift auch für das Gebiet der Reichsversicherungsordnung anzuwenden. Danach gehören auch die Adoptivkinder zu den ehelichen Kindern im Sinne des § 1259. In diesem Sinne wird die Frage auch in der Literatur beantwortet (Hanow-Lehmann Anmerkung 6 zu § 1259 der Reichsversicherungsordnung; Düttmann, Anm. 5 und 7 zu § 1259). Diese Auffassung steht im Einklang mit der Entwicklung des Rechts auf anderen verwandten Gebieten. So sind in § 41 des Reichsversorgungsgesetzes vom 12. Mai 1920 den ehelichen Kindern neben den für ehelich erklärten Kindern auch die an Kindesstatt angenommenen Kinder gleichgestellt. Die Revisionsentsch. 2412 (Amtl. Nachr. 1918 S. 170) steht mit dieser Ansicht nicht in Widerspruch. Der dort ausgesprochene Grundsatz, daß die Rente einer außerehelichen Waise bei Annahme an Kindesstatt nicht fortfällt, ist in der Hauptsache damit begründet, daß dies Ereignis als Wegfallsgrund in der Reichsversicherungsordnung weder aufgeführt sei noch sich als solcher mit zwingender Notwendigkeit aus dem Aufbau des Gesetzes ergebe, sondern im Gegenteil wichtige Rechts- und Zweckmäßigkeitsgründe für die gegenteilige Absicht des Gesetzgebers sprächen. Hierbei wird die Annahme, daß Adoptivkinder auch auf dem Gebiete der Sozialversicherung die rechtliche Stellung der ehelichen Kinder haben, keineswegs bekämpft, sondern ausdrücklich dabei auf die vorbezeichnete Entsch. 2017 (Amtl. Nachr. 1915 S. 510) Bezug genommen. Ebensowenig läßt sich Gegenteiliges aus der Revisionsentsch. 2563 (Amtl. Nachr. 1920 S. 176) entnehmen, da sie den Wegfall der seit dem Tode der Mutter bezogenen Waisenrente einer unehelichen Waise im Falle der Ehelichkeitserklärung betrifft, während es sich hier um die Rentengewährung nach dem Tode des Adoptivvaters handelt. Die gleiche Rechtsauffassung hat im übrigen das Oberschiedsgericht für das Gebiet der Angestelltenversicherung vertreten (zu vgl. Amtl. Nachr. der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte 1921 S. 26 Nr. 447). Auch sonst lassen sich hiergegen im Hinblick auf § 1318 RVO., durch den der gleichzeitige Bezug mehrerer Renten ausgeschlossen wird, Bedenken nicht herleiten.

E. Aus verschiedenen Rechtsgebieten.

Anrechnung von Rentenbezügen auf Erwerbslosenunterstützung.

Erlaß des **preuß. Ministers für Volkswohlfahrt** v. 9. September 1921 (Volksw. S. 437).

Eine Anrechnung laufender Versorgungsgebührnisse auf die Erwerbslosenunterstützung nach § 12 Absatz 1 der Verordnung über Erwerbslosenfürsorge darf, wie der Herr Reichsarbeitsminister bereits in seinem Erlasse vom 2. März 1921 — I C 742/21 — (abgedruckt im Reichsarbeitsblatt Nr. 15 S. 558) ausgesprochen hat, nur dann erfolgen, wenn zu der Zeit, für welche die Erwerbslosenunterstützung gezahlt werden soll, Gewähr besteht, daß die Gebührnisse in dem Zeitraum, für den sie bestimmt sind, tatsächlich eingehen. Eine nachträgliche Anrechnung nachgezahlter Gebührnisse hat daher nicht stattzufinden.

Da aber im übrigen rückständige Versorgungsgebührnisse ihren Rentencharakter nicht verlieren, so sind sie, falls ihre Nachzahlung erfolgt, bei der Prüfung der Bedürftigkeit erwerbsloser Rentenempfänger mit 50 v. H. ihres Betrages in Betracht zu ziehen. Dabei ist derselbe Zeitraum zugrunde zu legen, für den die nachgezahlten Gebührnisse an sich berechnet sind. Wenn beispielsweise Nachzahlung für ein Vierteljahr erfolgt, so sind die nachgezahlten Beträge bei der Prüfung der Bedürftigkeit für die Dauer eines Vierteljahres, gerechnet vom Tage der Nachzahlung an, zu den übrigen Rentenbezügen hinzuzuzählen. Hieraus ergibt sich der Tagessatz an Rentenbezügen, dessen Hälfte nach § 12 Abs. 1 a. a. O. auf die Erwerbslosenunterstützung anzurechnen ist.

Keine Ersatzansprüche der Versicherungsträger aus § 1542 RVO. bei Unruheschäden.

Entscheidung des **Reichswirtschaftsgerichts** (Gr. Sen.) vom 21. Mai 1921.

Auf Grund des § 1542 RVO. vom 19. Juli 1911 stehen den öffentlich-rechtlichen Versicherungsanstalten Ansprüche aus dem Gesetze vom 12. Mai 1920 (RGBl. S. 941) wegen ihrer an den Betroffenen oder seine Hinterbliebenen zu bewirkenden Leistungen nicht zu. — Gründe:

Stehen auf Grund des Unruheschadensgesetzes Berechtigten oder seinen Hinterbliebenen wegen desselben Schadens noch andere gesetzliche Ansprüche zu, so gehen sie nach § 12 USchG. bei der Zahlung der nach § USchG. festgestellten Beträge in deren Höhe auf die Schadensträger (Reich, Land, Gemeinde) über, soweit es sich nicht um öffentlich-rechtliche Versorgungsansprüche handelt. Diese, insbesondere die aus der Sozialversicherung hervorgehenden Ansprüche, sollen, wie die Begründung des Gesetzentwurfs dies hervorhebt, dem Betroffenen ungekürzt verbleiben. Darüber, ob die hiernach haftbar bleibenden Versicherungsträger ihrerseits Ansprüche auf Schadloshaltung wegen ihrer

Digitized by Google

Leistungen gegenüber den Schadensträgern nach dem USchG. haben sollen, enthält das USchG. besondere Vorschriften nicht.

Zur Rechtfertigung solcher Ansprüche hat man sich auf die im USchG. nicht ausdrücklich für unanwendbar erklärte Vorschrift des § 1542 der Reichsversicherungsordnung vom 19. Juli 1911 (RGBl. S. 509) berufen, der bestimmt, daß die Ansprüche der nach diesem Gesetze Berechtigten, die ihnen nach anderen gesetzlichen Vorschriften zustehen, auf die Träger der Sozialversicherung in Höhe der von ihnen zu gewährenden Leistungen übergehen. Allein mit Unrecht. Ein Anspruch, der gemäß § 1542 RVO. übergehen könnte, ist nach dem USchG. überhaupt nicht gegeben. § 2 Abs. 1 USchG. läßt ausdrücklich einen Anspruch auf Entschädigung nur zu, wenn und insoweit ohne solche nach den Umständen das Fortkommen des Betroffenen bei Berücksichtigung seiner gesamten Vermögens- und Erwerbsverhältnisse unbillig erschwert würde. Wenn aber die gesamten wirtschaftlichen Verhältnisse des Betroffenen berücksichtigt werden sollen, so gehören dazu auch seine Ansprüche aus Versicherungen jeder Art, daher auch die ihm aus der Sozialversicherung zustehenden. Ist der Schaden des Betroffenen durch eine Versicherung irgendwelcher Art ganz oder teilweise gedeckt, so ist insoweit sein Fortkommen überhaupt nicht beeinträchtigt und er hat deshalb auch insoweit keinen Anspruch auf Ersatz von Unruheschäden. Wo und insoweit aber das USchG. einen Anspruch überhaupt nicht gibt, kann ein solcher auch nicht gemäß § 1542 RVO. auf die Träger der Sozialversicherung übergehen. Dies wird von Grünbaum (Deutsche Juristen-Zeitung 1921 Sp. 421) nicht ausreichend gewürdigt, wenn er hervorhebt, die nach § 10 USchG. Verpflichteten könnten den Betroffenen nicht auf die Versicherungsansprüche verweisen, um dadurch ihre Haftung auszuschließen.

Diesem überall, namentlich aus den §§ 2 und 12 erkennbaren subsidiären Charakter des USchG. und seinem Zweck aber würde die Anwendung des § 1542 RVO. zugunsten der Träger der Sozialversicherung unmittelbar zuwiderlaufen und es darf deshalb aus dem Schweigen des USchG. zu der Vorschrift des § 1542 nicht auf die Anwendbarkeit dieser Vorschrift geschlossen werden.

Daß diese — auch von Lang und Bacmeister a. a. O. geteilte — nach dem Gesetz selbst, seinem Zusammenhang und seinen Grundgedanken entnommene Auffassung auch durchaus den Absichten des Gesetzgebers entspricht, zeigt auch die Begründung zu § 12 S. 2 des Entwurfs des USchG., wenn sie ausführt, die Gefahr, daß ein Tumultgeschädigter auf Grund seiner Ansprüche aus der Sozialversicherung nicht zu rechtfertigende Vorteile verlange, bestehe nicht; denn der Entwurf sehe „Entschädigung nur nach dem Maße des wirtschaftlichen Bedürfnisses des Betroffenen vor" und „die nachträgliche Zubilligung von Versorgungsgebührnissen könne zur Herabsetzung der Rente gemäß § 4 Abs. 4 USchG. führen." Daraus ergibt sich unzweideutig, daß, soweit der Versicherungsanspruch reicht, kein Anspruch im USchG. begründet werden sollte und deshalb auch nicht an einen Übergang eines solchen Anspruchs kraft Gesetzes gedacht sein kann.

Mit der hier vertretenen Auffassung stehen endlich im Einklang die Erwägungen, die zur Schaffung des Reichs-Unruheschadensgesetzes überhaupt geführt haben. Durch dies Gesetz sollte nicht nur für Fälle, wo der Staatsschutz versagte, überall eine gleichmäßige Haftung der Allgemeinheit eingeführt werden, sondern auch da, wo für Tumultschäden nach Landesrecht eine Haftung der Gemeinden schon bestand, diesen die Last der Haftung in gewissem Umfang abgenommen werden. Dagegen bietet sich nirgends ein Anhalt dafür, daß der Gesetzgeber zuungunsten der nach dem USchG. bestimmten Schadensträger an eine Entlastung der öffentlich-rechtlichen Versicherungsanstalten gedacht habe. Vielmehr kann darüber, daß das Reich nur hilfsweise eintreten und mit Rücksicht auf seine Finanzlage seine Leistungen auf ein möglichst geringes Maß einschränken sollte, nach der Entstehungsgeschichte des Gesetzes kein Zweifel sein. Danach können auf Grund des § 1542 der RVO. Ansprüche aus dem USchG. nicht erhoben werden.

Anmerkung: Zu vgl. Erlaß des Reichsministers des Innern, hier Heft 21 S. 414 und unsere Anm. S. 415.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Eine Bekanntmachung des Reichsarbeitsministers über die sozialen Versicherungen in Elsaß-Lothringen

vom 11. Oktober 1921 ist im Reichs-Gesetzbl. Nr. 101 S. 1289 enthalten. Sie veröffentlicht die vom Rat des Völkerbundes auf Grund des Artikels 312 Abs. 4 des Friedensvertrags vom 21. Juni 1921 getroffene Entscheidung im französischen Text und in deutscher Übersetzung. Nach den einleitenden Worten sind darin die Bedingungen für die Durchführung des Artikels 77 des Friedensvertrages, die auf dem Grundsatz einer allgemeinen Auseinandersetzung beruhen, niedergelegt. Wir sehen von der Wiedergabe des vollständigen Textes der umfangreichen Bekanntmachung ab, werden aber in einem der nächsten Hefte eine ausführliche Abhandlung über den Inhalt und die Bedeutung dieser Bekanntmachung veröffentlichen.

Digitized by Google

Häufung von Narkosen.

Im „Briefkasten" der „Hamb. Wochenschr. f. Ärzte, Zahnärzte und Krankenkassen" (Nr. 39 S. 332) finden wir folgende Belehrung für einen Arzt, Herrn Dr. X.: „Dem Gebührenprüfungsausschuß hat eine große Anzahl von Honorarkarten vorgelegen, nach denen Sie bei Fällen von kleiner und kleinster Chirurgie (Panaritien, Furunkulose) bis zu sechsmal Narkose gemacht haben. — Es ist nicht Aufgabe des G. P. A., irgendeinen Einfluß auf die Chirurgie der Herren Kollegen auszuüben; ihm liegt lediglich wirtschaftliche Kontrolle ob; bei dieser Funktion stößt er auf eine recht erhebliche Verteuerung Ihrer Arbeitsmethode, die natürlich zu Lasten der gesamten Kollegenschaft geht. — Die Durchschnittsauffassung der praktischen Ärzte wird es nicht sein, daß eine solche Häufung von Narkosen in einem Falle im Interesse des Patienten liegt; man wird diesem, ohne unmenschlich zu sein, im allgemeinen einen kleinen Schmerz schon zumuten dürfen. — Anders liegt es, wenn Ihre Nerven nicht die Lamentationen des Patienten vertragen; dann würde die Narkose eine Therapie für Sie, nicht für die Kassenmitglieder sein; dafür braucht aber das Pauschale nicht aufzukommen, und es wird sich fragen, ob Sie nicht lieber die Liquidation von Leistungen fortlassen wollen, die Sie nur mit Rücksicht auf sich selbst ausgeführt haben. Der G. P. A. kann das nicht entscheiden und nur an das Rechtsgefühl der Herren Kollegen appellieren."

Die landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft des Memelgebiets

hat sich in der Genossenschaftsversammlung vom 30. September 1921 eine neue Satzung gegeben. Vom 1. Januar 1921 ab werden die Sektionen der Kreise Memel-Stadt, Memel-Land, Heydekrug und Pogegen aufgehoben und die Geschäfte der Genossenschaft zentral von Memel aus geführt. Zu diesem Zwecke hat der Genossenschaftsvorstand eine Geschäftsstelle errichtet. Die Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung bleiben auch weiterhin ungeschmälert in Geltung und bilden die Grundlage der Berufsgenossenschaft.

Verband der Landesversicherungsanstalten.

Unter ungewöhnlich starker Beteiligung von Vertretern der Versicherungsanstalten und der höchsten Reichs- und Landesbehörden hielten am 5. und 6. Oktober die Träger der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung in Würzburg ihre diesjährige ordentliche Verbandstagung ab. Nach den üblichen Begrüßungsansprachen erstattete der Vorsitzende des Verbandes, Geheimrat Dr. Schröder-Kassel, den Geschäftsbericht. Durch die Beihilfen und Zulagen zu den Invaliden-, Kranken-, Alters-, Witwen- und Waisenrenten, die ganz allein zu Lasten der Versicherungsanstalten zu zahlen sind, habe diesen der Zusammenbruch gedroht. Es kam dann endlich ein Gesetzentwurf, der die nötige geldliche Hilfe versprach, zu dem in einem außerordentlichen Verbandstag in Dresden Stellung genommen wurde. Man beschloß auf diesem eine ganze Reihe Abänderungsvorschläge, doch habe man damit bei den zuständigen Stellen in Berlin wenig Gehör gefunden. Der Gesetzentwurf sollte nicht mehr geändert werden, da er vor Schluß des Reichstages noch erledigt werden sollte. Nur die sozialdemokratische Reichstagsfraktion nahm sich der Sache an und brachte in der dritten Lesung noch eine Reihe Verbesserungen zustande, wie z. B. die Ausgestaltung der Lohnklassen bis zum Jahresarbeitsverdienst von 15 000 Mk. Seinerzeit hätten die gesetzgebenden Stellen geglaubt, eine wesentliche Rentenaufbesserung nicht vornehmen zu können.

Senatspräsident Dr. Lippmann gab hierauf die Erklärung ab, daß bereits wieder ein neuer Gesetzentwurf ausgearbeitet sei, der eine weitere Erhöhung der Rentenabzüge vorsehe. Er sei so gehalten, daß er den Versicherungsanstalten keine neue Aufwendungen bringe. Geheimrat Düttmann-Oldenburg sieht in eine trübe Zukunft. Er lenkt die Aufmerksamkeit auf die unerläßliche Zusammenlegung der Angestelltenversicherung mit der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung, für die vom Verband energischer vorgegangen werden müsse. Im übrigen gab Düttmann persönliche Erklärungen ab über sein Ausscheiden aus dem „ständigen Ausschuß". Er sei ausgeschieden, um größere Bewegungsfreiheit in seiner schriftstellerischen Betätigung zu haben.

Landesrat Görling-Kassel berichtete über die Durchführung des neuen Gesetzes vom 23. Juli 1921. Er erinnert daran, daß im letzten Jahr die Invalidenversicherung durch nicht weniger als drei Gesetze abgeändert worden sei. Zu bedauern sei, daß das Gesetz so spät kam und so spät in Kraft trat. Es müßten zunächst die 600 Millionen Mark Schulden, welche die Versicherungsanstalten gemacht haben, abgezahlt werden. Die neuen Klassen mit den erhöhten Beiträgen steigern die Gefahr der Beitragshinterziehung, d. h. die Verwendung unrichtiger Marken. Hiergegen müsse vorgegangen werden. Dr. Korn-Breslau erörtert Rechtsfragen hierzu.

In der Aussprache legte im Auftrage der Versichertenvertreter Kleeis-Aschersleben den Standpunkt dieser dar. Durch die jetzige Teuerungswelle sei die Not der Rentenempfänger weiter gesteigert worden. Der Durchschnittsbetrag einer Invalidenrente von 100 Mark monatlich reiche nicht entfernt zur Bestreitung des Lebensunterhalts aus. Die unerläßliche Erhöhung der Bezüge sei in erster Linie durch Aufbesserung der Reichszuschüsse zu den Renten herbeizuführen. Nötigenfalls sei das heutige Prämiendeckungsverfahren in der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung in das Kapitaldeckungs- oder Umlageverfahren überzuleiten. Die Versicherten bedauern, daß die Abmessung der Lohnklassen nicht entsprechend den Wünschen des letzten Verbandstages vorgenommen worden ist, nach dem die Klassen so aufzubauen sind, daß ihre Grenzen leicht durch 300 (d. h. die Zahl der Arbeitstage im Jahre) teilbar sind. Die jetzigen hierin liegenden Mängel des Gesetzes wurden noch dadurch verschärft, daß nach den Ausführungsanweisungen des Reichsarbeitsministers die jeweils gezahlten Arbeitsverdienste immer auf volle Mark nach unten abgerundet werden sollen. Dadurch kommt es, daß Versicherte bei gleichem Lohn in verschiedene Lohnklassen kommen, je nachdem sie täglich, wöchentlich oder monatlich gelohnt werden.

Über die Verstärkung des Kampfes gegen die Geschlechtskrankheiten sprechen Geheimrat Dr. Althoff-Münster und Dr. Schellmann-Düsseldorf. Sie verlangen Mittel vom Reich und die Mithilfe der Länder und Gemeinden. Die heutigen Beratungsstellen für Geschlechtskranke müßten der gesamten Bevölkerung unentgeltlich zur Verfügung stehen.

Digitized by Google

Kleeis fordert, daß die Stellen auch die Behandlung übernehmen und überhaupt in der Öffentlichkeit mehr hervortreten. Präsident des Reichsversicherungsamts Dr. Kaufmann teilte mit, daß aus den Überschüssen des Branntweinmonopols jetzt größere Summen für die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten zur Verfügung stehen. Geheimrat Dietel-Weimar und andere schilderten die Einrichtung der Beratungsstellen und erörterten die Beratung von geschlechtskranken Gefangenen. Im Jahre 1920 haben die Beratungsstellen den Versicherungsanstalten rund 16 Mill. Mk. gekostet. Die Anstalten seien nicht mehr in der Lage, den Kampf aus eigenen Mitteln allein fortzuführen. Es wurde eine Entschließung in diesem Sinne angenommen.

Die Feuerversicherung der von den Landesversicherungsanstalten beliehenen Häuser behandelt Geheimrat Mölle-Merseburg. Es müsse den Eigentümern aufgegeben werden, entweder die Gebäude zum 15fachen Betrage der Friedensversicherung zu versichern oder eine entsprechende Brandnot-Versicherung einzugehen, die im Falle eines Brandschadens auch ohne 15fache Versicherung den vollen Sachschaden vergütet. Die Landesversicherungsanstalten, die einen erheblichen Teil ihres Vermögens in Hypotheken auf Hausgrundstücken angelegt haben, hätten selbstverständlich ein erhebliches Interesse, daß die von ihr beliehenen Gebäude ausreichend gegen Feuersgefahr versichert sind.

Hinsichtlich der Übernahme des Heilverfahrens für Kriegsbeschädigte wird der Erlaß des Reichsarbeitsministers vom 23. Juli 1921 bedauert, nach dem das bewährte Zusammenarbeiten der Landesversicherungsanstalten mit den Versorgungsbehörden zum Schaden der Kriegsbeschädigten völlig aufgehoben worden ist. Nach einem Bericht des Landesrat Kraß-Münster wird eine Entschließung angenommen, die eine Abänderung jenes Erlasses empfiehlt und folgende Neuordnung vorschlägt: „Für das Verhältnis der Reichsversorgungsbehörden zu den Trägern der Invalidenversicherung bezüglich des Heilverfahrens ist dieselbe gesetzliche Regelung anzustreben, wie sie in den §§ 1524 bis 1526 RVO. bereits für die Unfall- und Invalidenversicherung vorgesehen ist. Bis zu dieser gesetzlichen Regelung wird den L. V. Anstalten anheimgestellt, mit den Versorgungsbehörden ihres Bezirkes vertragliche Abkommen abzuschließen, welche den genannten Bestimmungen der RVO. entsprechen."

Die von den Kranken vieler Heilstätten geforderten Krankenräte oder Patientenausschüsse in den Heilanstalten werden nach einem Berichte von Fräßdorf-Dresden als unzweckmäßig bezeichnet. Sie gefährden den Heilerfolg. Dagegen müßte das Recht, Klagen über Einrichtungen seiner Heilstätte vorzubringen, jedem Heilstättenpflegling unbenommen zustehen. Das Betriebsrätegesetz finde auf Heilanstalten keine Anwendung. Nach lebhafter Aussprache, die völlige Übereinstimmung zeitigt, wurde eine Entschließung einstimmig angenommen, die u. a. noch empfiehlt, daß für jede Heilstätte das Beschwerdeverfahren so zu regeln ist, daß die gewählten Vertreter der Versicherten daran zu beteiligen sind. — Einen breiten Raum in den weiteren Verhandlungen nahm das „Einzugsverfahren" ein, d. h. die vielfach übliche Einziehung der Invalidenversicherungsbeiträge durch die Krankenkassen. Es wurden hierzu Leitsätze angenommen, die insbesondere die Vergütung an die Kassen regeln. Die Betriebskrankenkassen sollen eine solche nicht erhalten. Im übrigen soll die Entschädigung nicht mehr wie 10 Pfg. für jede Beitragswoche betragen. Für Ausstellung und Umtausch einer Quittungskarte sollen 50 Pfg. gewährt werden. Nach dem Bericht des Präsidenten Neumann-Darmstadt haben mit den großen Krankenkassenverbänden Verhandlungen über diese Vergütungsfrage stattgefunden, die aber ohne Erfolg verliefen und nicht fortgesetzt werden sollen. Dagegen sollen in den einzelnen Bezirken der Versicherungsanstalten die Versuche einer Verständigung weitergeführt werden.

Dr. Liebrecht-Hannover spricht über die Aufhebung der Fahrpreisermäßigung für die in Heilbehandlung genommenen Versicherten. Es wurde eine Entschließung angenommen, nach der gegen diese Maßnahme protestiert und in Aussicht gestellt wurde, daß man die Kranken in der 4. Wagenklasse würde reisen lassen müssen, wenn das Gesuch um Aufhebung der Maßnahme keinen Erfolg haben sollte. Präsident Dr. Kaufmann sagte Förderung dieses Gesuches zu. Es soll auch die Öffentlichkeit gegen die Engherzigkeit mobil gemacht werden. Die großen Krankenkassenverbände planen ein gleiches energisches Vorgehen.

Die weiteren Verhandlungen betrafen die Abwälzung der Rentenzahlungskosten durch die Reichspostverwaltung auf die Versicherungsträger, gegen die ebenfalls Einspruch erhoben wird, und die Abänderung der Verbandssatzung. Es wurde beschlossen, einen weiteren Vertreter der Versicherten in den „ständigen Ausschuß" (den Vorstand) des Verbandes zuzuziehen. Der Platz soll den freien Gewerkschaften vorbehalten sein. Daneben soll natürlich auch ein Vertreter der Arbeitgeber zugezogen werden.

Zur Angestelltenversicherung: I. Aufrechterhaltung der Anwartschaft. II. Beihilfen.

I. Mit dem 31. Dezember 1921 läuft die Frist zur Nachzahlung freiwilliger Beiträge für die Jahre 1914 bis 1920 ab. Versicherte, deren Anwartschaft in diesen Jahren nicht aufrechterhalten ist, müssen also, um ihre Ansprüche nicht zu verlieren, die fehlenden freiwilligen Beiträge bis zum Schlusse dieses Jahres einzahlen. Dazu sind die bei der Post erhältlichen roten Zahlkarten zu benutzen, auf denen Vor- und Zuname, Geburtstag und -ort sowie das Jahr, für das die Beiträge gelten sollen, anzugeben sind. Zur Erhaltung der Anwartschaft müssen in jedem Jahre mindestens 8 Kalendermonate mit Pflicht- oder freiwilligen Beiträgen oder mit sogenannten Ersatztatsachen (z. B. Krankheit, Militärdienst) belegt sein.

Ferner können Angestellte bis zum 31. Dezember 1921 Pflichtbeiträge, deren Entrichtung aus einem nicht in ihrer Person liegenden Grunde unterblieben, aber zur Erhaltung der Anwartschaft notwendig ist, sämtlich oder teilweise nachentrichten oder die Stundung bei der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte beantragen.

II. Nach Art. I § 1 Abs. 2 des Gesetzes vom 23. Juli 1921 über Änderung des Versicherungsgesetzes für Angestellte (RGBl. S. 1173, ArbVers. S. 473) erhalten Empfänger von Ruhegeld oder Hinterbliebenenrente nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte dann keine Beihilfe, wenn sie eine solche bereits auf Grund des Gesetzes vom 26. 12. 1920 in der Fassung vom 11. 4. 21 (RGBl. S. 472, ArbVers. S. 254) aus der Invalidenversicherung

Digitized by Google

beziehen. Diese Ausnahme ist mit dem 1. Oktober 1921 gegenstandslos geworden, da seitdem die Invalidenversicherung keine besonderen Beihilfen mehr, sondern einheitliche erhöhte Leistungen gewährt (Art. I und II A, letzter Abs. des Gesetzes vom 23. 7. 21, RGBl. S. 984, ArbVers. S. 470). Infolgedessen erhalten vom 1. Oktober 1921 ab auch diejenigen Empfänger von Ruhegeld oder Hinterbliebenenrente nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte eine Beihilfe, die bis zu diesem Tage eine Beihilfe aus der Invalidenversicherung bezogen haben.

Beantwortung von Anfragen.

Rechtsauskünfte aus unserem Arbeitsgebiet erteilen wir den Beziehern unserer Zeitschrift bereitwillig, ohne indessen eine Verpflichtung oder eine zivilrechtliche Haftung zu übernehmen. Für schriftliche Auskunft wird Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten, und zwar auch dann, wenn nur Bescheid durch die Zeitschrift erbeten, die Sache aber zur Veröffentlichung an dieser Stelle nach unserem Ermessen nicht geeignet ist.

Antrag aus § 517 RVO. nur zulässig für Personen, die nach der Satzung der Ersatzkasse deren Mitglieder sein können.

1. **Nach Magdeburg.** Antwort: Das Ruhen der Rechte und Pflichten bei der Pflichtkrankenkasse kann nicht ausnahmslos für alle diejenigen Personen beantragt werden, die Mitglieder einer Einrichtung sind, die den Charakter einer Ersatzkasse hat. Vielmehr erstreckt sich, wie in § 503 RVO. deutlich zum Ausdruck gebracht worden ist, die Zulassung nur auf den durch die Satzung bestimmten Kreis der Versicherungspflichtigen. Es mag dahingestellt bleiben, ob Personen, die nach der Satzung der Ersatzkasse nicht Mitglieder werden „können", dennoch bei ihr die Mitgliedschaft erwerben, wenn sie aufgenommen werden. Für sie gilt jedenfalls diese Kasse nicht als Ersatzkasse; denn sie gehören nicht zu dem Kreis der durch die Satzung bestimmten Versicherungspflichtigen. Nach der uns vorliegenden Satzung gehören die Angestellten der dortigen Stadtverwaltung nicht zu den Personen, die Mitglieder der Ersatzkasse werden können. Deswegen kann für sie nicht der Antrag aus § 517 RVO. gestellt werden. Ihre Ansicht trifft also zu.

Vertretung des Arbeitgebers im Vorsitz bei einer Betriebskrankenkasse.

2. **Nach Eschweiler.** Frage: Eine hiesige Aktiengesellschaft, für deren Werk eine Betriebskrankenkasse besteht, hat einen bei ihr tätigen Fabrikdirektor zum Vorsitzenden der Betriebskrankenkasse bestellt. Dieser hat einen Prokuristen der Gesellschaft bevollmächtigt, ihn als Vorsitzenden der Betriebskrankenkasse dauernd rechtlich zu vertreten. Ist das zulässig? Unseres Erachtens ist nur derjenige als Vorsitzender der Kasse zu betrachten, der vom Arbeitgeber dazu bestimmt worden ist. Es erscheint unzulässig, daß der Vorsitzende eigenmächtig einer anderen Person den Vorsitz überträgt, denn darauf läuft die Sache im vorliegenden Fall hinaus. Es würde aber nichts dagegen einzuwenden sein, wenn der Arbeitgeber neben dem Vorsitzenden der Kasse einen Stellvertreter für diesen bestellen würde.

Antwort: Die Vertretung des Arbeitgebers in den Kassenorganen (§ 338 RVO.) erfolgt auf Grund eines Auftrags (zu vgl. Entsch. des RVA. in ArbVers. 1916 S. 347). Wenn der Beauftragte schon in Rechtsverhältnissen des bürgerlichen Rechts die Ausführung des Auftrags regelmäßig nicht einem Dritten übertragen darf (§ 664 BGB.), so wird man dies bei einem Auftrag öffentlich-rechtlichen Charakters erst recht annehmen müssen. Wir treten daher Ihrer Auffassung bei.

Die ermäßigten Beiträge nach § 420 RVO. fallen dem Arbeitgeber und den Versicherten zur Last.

3. **Nach Greifenhagen.** Antwort: Unter den Voraussetzungen des § 420 Abs. 1 (vgl. Abs. 3) RVO. werden unter Wegfall des Anspruchs der Versicherten auf Krankengeld „die Kassenbeiträge" entsprechend ermäßigt, das heißt: die Beiträge, die nach den §§ 380 ff. von den Arbeitgebern und den Versicherten aufzubringen sind. Danach kann nicht die Rede davon sein, daß die ermäßigten Beiträge den Versicherten allein zur Last fallen, sondern es hat der Arbeitgeber nach § 381 ein Drittel des ermäßigten, wie sonst des vollen Beitrags zu tragen. Ihn davon zu entlasten, liegt auch kein Grund vor, da der ermäßigte Beitrag doch die nicht wegfallenden Leistungen, also namentlich Krankenpflege, Sterbegeld (vgl. § 425), decken soll und nicht einzusehen ist, warum die Deckung dieser Kosten den Versicherten allein obliegen soll.

Wirkungen der Wahl eines Ausschußmitgliedes zum Ersatzmann im Kassenvorstand.

4. **Nach N.** Antwort: Geht man von der Ansicht des RVA. aus, wonach Mitglieder des Ausschusses auch dann nach § 327 RVO. ausscheiden, wenn sie nur als Ersatzmänner in den Vorstand gewählt werden (zu vgl. ArbVers. 1914 S. 640 nebst Anm.), so kann der zum Ersatzmann im Vorstande Gewählte sein Ausscheiden aus dem Ausschuß nur durch eine begründete Ablehnung der Wahl verhindern. Ist er als Vertreter der Arbeitgeber gewählt, so kann er nur aus einem der im § 17 RVO. bezeichneten Gründe ablehnen; ist er aber als Vertreter der Versicherten gewählt, so kann er schlechthin ablehnen und dadurch bewirken, daß er im Ausschuß verbleibt. — Von der Ablehnung der Wahl ist aber die Niederlegung des bereits angenommenen Ehrenamtes zu unterscheiden. Eine einseitige Niederlegung ist schlechthin unzulässig; es kann nur Enthebung auf Antrag gemäß § 24 Abs. 4 RVO. in Frage kommen. Wird in dieser Weise der zum Ersatzmann in den Vorstand Gewählte des Amtes als Ersatzmann enthoben, so lebt dadurch das (nach der Meinung des RVA.) bereits mit der Annahme der Wahl erloschene Ausschußamt nicht wieder auf.

Digitized by Google

Versicherungspflichtige Arbeit eines Handwerkers im Betrieb einer Behörde?

5. **Nach G.** Frage: Bei einer hiesigen Behörde wird seit etwa 11 Jahren ein Buchbindermeister jede Woche durchschnittlich drei Tage als Aktenhefter gegen Stundenlohn beschäftigt. Die Arbeitszeit und die Tage, an denen die Arbeiten ausgeführt werden, bestimmt die Behörde. Die Tätigkeit wird in den Bureauräumen der Arbeitgeberin ausgeübt. Während der restlichen Zeit geht der Beschäftigte seinem Beruf als selbständiger Buchbindermeister nach. Liegt hier eine versicherungspflichtige Beschäftigung vor?

Antwort: Wir verneinen die Versicherungspflicht. Wenn ein selbständiger Gewerbetreibender in Ausübung seines Gewerbes Arbeiten seines Fachs, sei es auch in regelmäßiger Wiederkehr und außerhalb seiner eigenen Betriebsstätte, für einen Auftraggeber in dessen Räumen ausführt, so muß nach der Natur der Sache angenommen werden, daß es ihm fernliegt, hierdurch seine gewerbliche Unabhängigkeit aufzugeben und in ein Abhängigkeitsverhältnis zum Auftraggeber zu treten. Näheres hierüber enthält die Entsch. des RVA. 1106 Amtl. Nachr. 1904 S. 352.

Zur Rechtsnatur des nach dem Familienstand abgestuften Krankengeldes.

6. **Nach Wiesbaden.** Antwort: Die Zuschläge zum Krankengelde auf Grund des § 3 Ziff. 1—3 der Bek. v. 22. 11. 17 (RGBl. S. 1085, Arb.Vers. 1917 S. 817) sind ihrer rechtlichen Natur nach nichts anderes als Teil des Krankengeldes und kommen daher mit in Betracht sowohl bei der Versagung oder Kürzung des Krankengeldes nach §§ 190, 192 RVO. als auch bei Bemessung des Ersatzes nach § 193 Abs. 3 RVO. usw. Zu vgl. Hahn in Monatsschr. f. Arb. u. AngestVers. 1918 Sp. 437 ff., Anm. Sp. 438.

Krankengeld neben Wochengeld.

7. **Nach Magdeburg.** Antwort: Ihr Bedenken gegen unsere Auskunft in Heft 27 S. 536 Ziff. 12 ist unbegründet, da es sich dort um einen vor dem Inkrafttreten des Ges. v. 29. 7. 21 eingetretenen Entbindungsfall handelte. Erst durch dieses Gesetz sind in die Vorschrift, daß Krankengeld neben Wochengeld nicht gewährt wird, die Worte „für die Zeit nach der Entbindung" eingefügt worden.

Anrechnung von Schwangerengeld auf Wochengeld.

8. **Nach Sp.** Frage: Wir nehmen an, daß die Dauer des Schwangerengeldbezuges, trotz § 199 Ziff. 2 RVO. und § 31 unserer Satzung, nicht mehr gegen die gleiche Zeit des Wochengeldbezuges für die Zeit vor der Niederkunft angerechnet werden darf, da das Gesetz v. 29. 7. 21 dazu keine Handhabe bietet. Ist das richtig?

Antwort: Nach § 199 Ziff. 1 und 2 RVO. kann die Satzung ein Schwangerengeld in Höhe des Krankengeldes „bis zur Gesamtdauer von sechs Wochen" zubilligen und auf die Dauer dieser Leistung die Zeit der Gewährung des Wochengeldes vor der Niederkunft anrechnen. Die Fassung ergibt, daß jene 6 Wochen nicht zusammenzuhängen und nicht bis an den Tag der Niederkunft heranzureichen brauchen. Vom Wochengelde aber dürfen vier Wochen in die Zeit vor der Niederkunft fallen. Soweit hiervon Gebrauch gemacht wird, also bis zur Höchstdauer von vier Wochen, steht keine Vorschrift des neuen Gesetzes der Anrechnung des Schwangerengeldes auf das Wochengeld entgegen. Zu vgl. Jaeger, Wochenhilfe, Anm. 9 zu § 199 RVO.; Krause, Wochenhilfe, Anm. 9 zu § 199.

Bestrafung wegen dauernden Fernbleibens von den Vorstandssitzungen.

9. **Nach M.** Antwort: Wenn ein Mitglied des Vorstandes der Krankenkasse wegen Hehlerei zu einer Gefängnisstrafe verurteilt ist, so ist es Pflicht des Versicherungsamts zu erwägen, ob nicht hierdurch die Vertrauenswürdigkeit des Verurteilten für die Geschäftsführung ausgeschlossen wird, und wenn dies nach den gesamten Umständen des Falles anzunehmen ist, so hat das Versicherungsamt das Mitglied seines Amtes zu entheben (§ 24 RVO.). Solange das Versicherungsamt, dem der Sachverhalt bekannt ist, zu dieser Maßnahme keine Veranlassung gefunden hat, steht es einem anderen Mitgliede des Vorstandes, auch dem durch die strafbare Handlung geschädigten, nicht zu, lediglich aus jenem Grunde dauernd von den Vorstandssitzungen fernzubleiben, also sich der Erfüllung seiner Pflichten zu entziehen. Daher hat der Vorsitzende mit Recht eine Strafe aus § 19 Satz 1 RVO. verhängt. Wenn dementgegen das Versicherungsamt den Grund des Fernbleibens für stichhaltig erachtet, ohne anderseits den § 24 RVO. gegen den wegen Hehlerei Verurteilten anzuwenden, so ist das ein widerspruchsvolles Verhalten, durch das ein unhaltbarer Zustand geschaffen wird. Denn solange der strafgerichtlich Verurteilte nicht seines Amtes enthoben ist, darf auch er sich nicht dauernd von den Vorstandssitzungen fernhalten, ohne sich einer Bestrafung aus § 24 auszusetzen; und so ergibt sich als praktische Folge aus dem Verhalten des Versicherungsamts: daß tatsächlich statt des gerichtlich Verurteilten der unschuldig Geschädigte von der Mitwirkung an den Aufgaben des Vorstandes ausgeschlossen wäre.

Nichtigkeit der Verurteilung aus § 530 RVO. durch das Amtsgericht statt durch das Versicherungsamt.

10. **Nach Diez.** Frage: Wir hatten einen Landwirt dem Versicherungsamt angezeigt, da er sein Personal nicht angemeldet hatte. Da aber der Arbeitgeber wiederholt nicht angemeldet hatte, übergab das Versicherungsamt den Fall dem Amtsanwalt. Der Landwirt wurde vom Amtsgericht mit 100 M. bestraft. Wir haben von dem Amtsgericht die Herausgabe der Strafe verlangt, die unrechterweise in die Kasse der Justizverwaltung geflossen ist. Das Amtsgericht sieht ein, daß das Versicherungsamt nicht ordnungsmäßig verfahren hat. Der Strafbefehl ist aber rechtskräftig geworden, so daß eine gerichtlich erkannte Strafe vorliegt. Was kann man nun machen, um die Strafe unserer Kasse zuzuführen? Kann ein neues Verfahren beim Versicherungsamt beantragt werden? Die unterlassene Anmeldung ist uns im April d. J. bekannt geworden. Die betr. Personen sind noch bei dem Landwirt beschäftigt. Eine Verjährung kann doch nicht eingetreten sein? Der Strafbefehl ist am 30. 6. 21 erlassen.

Digitized by Google

Antwort: Ein wohl einzig dastehender Fall! Angesichts der ausdrücklichen Vorschrift, daß die Strafen aus § 530 RVO. vom Versicherungsamt verhängt werden, fehlte dem Amtsgericht der Beruf, zur Rechtsprechung in dieser Sache. Der vom Amtsgericht erlassene Strafbefehl ist, trotz der formalen Rechtskraft, ein nichtiger Akt — genau so, wie wenn das Amtsgericht ein Todesurteil wegen Mordes gefällt hätte. Wie dieses, so durfte auch der Strafbefehl nicht vollstreckt werden, und das Amtsgericht wird daher zu veranlassen haben, daß die eingezogene Geldstrafe dem Verurteilten erstattet (nicht an die Krankenkasse abgeführt) wird. Das Versicherungsamt aber wird, als ob nichts geschehen wäre, das vorschriftsmäßige Verfahren auch jetzt nachholen müssen. Verjährung der Strafverfolgung ist nicht eingetreten, solange das rechtswidrige Verhalten fortdauert.

Einfluß einer Änderung der Dienstordnung auf Rechte der bereits Angestellten.

11. **Nach Wiesdorf.** Antwort: Die Ansprüche der Angestellten gegen die Krankenkasse bestimmen sich nach seinem Anstellungsvertrage und der Dienstordnung, die bei der Anstellung galt. Eine spätere Änderung der Dienstordnung ist für die Rechte und Rechtsverhältnisse der Angestellten nur so weit maßgebend, als nicht wohlerworbene Rechte dadurch berührt werden. Wenn dem Angestellten bei seiner Anstellung bereits die Anrechnung der vor Vollendung des 21. Lebensjahres zurückgelegten Dienstjahre zugesichert war, würde eine bloße Änderung der Dienstordnung dahin, daß nur die nach Vollendung des 21. Lebensjahres zurückgelegten Dienstjahre auf das Besoldungsdienstalter angerechnet werden, für sich allein dem Angestellten gegenüber keine Geltung beanspruchen können. Wenn aber — was aus der Anfrage nicht ersichtlich ist — die Änderung sich noch auf andere Punkte bezieht und der Angestellte hiernach im ganzen nicht schlechter gestellt ist als nach seinem Vertrage, so muß er auch die neue Bestimmung hinsichtlich der Anrechnung von Dienstjahren gelten lassen (zu vgl. Entsch. des RVA. 2759 Amtl. Nachr. 1914 S. 758, ArbVers. 1915 S. 41). Das ist auch als der Sinn der im Anstellungsvertrage enthaltenen Bestimmung anzusehen, daß der Angestellte „durch spätere Änderungen der Dienstordnung keine Verschlechterung erfahren darf".

Verteilung des Wochengeldes auf die Zeit vor und nach der Entbindung.

12. **Nach Eschweiler.** Antwort: Nach § 195a Abs. 1 Ziff. 3 Satz 1 RVO. in der Fassung des Ges. v. 29. 7. 21 müssen von den zehn Wochen des Wochengeldbezugs mindestens sechs in die Zeit nach der Niederkunft fallen. Das bedeutet, daß das Wochengeld für höchstens vier Wochen auf die Zeit vor der Entbindung gezahlt werden darf, sei es auf Grund einer Satzungsbestimmung oder ohne solche nach pflichtmäßigem Ermessen des Vorstandes bei vorliegendem Bedürfnisse. Satz 2 a. a. O. aber bestimmt, daß das Wochengeld für die ersten vier Wochen spätestens mit dem Tage der Entbindung fällig wird. Das bezieht sich auf die ersten vier Wochen des Bezugs, nicht etwa auf die ersten vier Wochen nach der Niederkunft. Für die ersten vier Wochen nach der Niederkunft ist das Wochengeld nur dann mit dem Tage der Entbindung fällig, wenn kein Teil des Wochengeldes auf die vorangegangene Zeit verrechnet wird. Bestimmt dagegen z. B. die Satzung, daß das Wochengeld für zwei Wochen schon vor der Entbindung gezahlt werden soll oder darf — was freilich praktisch kaum möglich ist (zu vgl. Sonderhoff, hier, Heft 23 S. 446 Sp. 1), weil ja der Tag der Niederkunft nicht mit Sicherheit abgesehen werden kann — so ist das Wochengeld für diese zwei Wochen eben schon vor der Niederkunft fällig geworden und es wird mit dem Tage der Entbindung nur noch für zwei Wochen fällig. Nach Ablauf dieser zwei Wochen ist dann gemäß der allgemeinen Regel des § 210 RVO. mit Ablauf jeder weiteren Woche je eine Rate des Wochengeldes für die letzten sechs Wochen zu berichtigen. Ist das Wochengeld auf volle vier Wochen vor der Entbindung verrechnet, so beginnt die wochenweise Abtragung des Restes gemäß § 210 mit Ablauf der ersten Woche nach der Entbindung. War auf die Zeit vor der Entbindung nichts zu verrechnen und ist daher mit dem Tage der Entbindung das Wochengeld für vier Wochen fällig geworden, so wird entsprechend mit Ablauf der fünften Woche nach der Entbindung die erste Teilzahlung auf die übrigen sechs Wochen fällig.

Keine Verlängerung der Mitgliedschaft durch Ansprüche aus dem Reichsversorgungsgesetz.

13. **Nach A. Z. Gr.** Antwort: Die Pflichtmitgliedschaft erlischt regelmäßig mit der Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses, auf dem sie beruht. Eine Ausnahme macht die RVO. für Arbeitsunfähige. Sie bleiben nach § 311 Mitglieder, solange die Kasse ihnen Leistungen zu gewähren hat, also bis zum Ablauf der satzungsmäßigen Unterstützungsdauer. Dagegen wird die Mitgliedschaft nicht durch einen Fürsorgeanspruch verlängert, den das Mitglied auf Grund besonderer gesetzlicher Vorschriften gegen eine andere Stelle hat. Durch einen Anspruch aus dem Reichsversorgungsgesetz wird also die Mitgliedschaft bei der Kasse nicht erhalten; sie erlischt vielmehr, sobald die eigene Leistungspflicht der Kasse endet, wenngleich sie noch Leistungen für Rechnung des Reiches weiterzugewähren hat (§ 8 Abs. 3, 4, §§ 14, 15 RVG.).

Zur Invalidenversicherungspflicht von Lehrlingen mit Rücksicht auf § 1227 RVO.

14. **Nach Chemnitz.** Frage: Sind Handwerkslehrlinge invalidenversicherungspflichtig: a) wenn sie bei ihrem Arbeitgeber in Kost und Logis sind, keine Barentschädigung, aber von der Kundschaft Trinkgeld erhalten; b) wenn sie an Stelle von Kost und Logis eine Barentschädigung erhalten?

Antwort: Nach § 1227 RVO. ist invalidenversicherungsfrei eine Beschäftigung, für die als Entgelt nur freier Unterhalt gewährt wird. Das beruht darauf, daß es in solchen Fällen für den Arbeitgeber meist unmöglich sein würde, den auf die Arbeitnehmer entfallenden Beitragsteil durch Kürzung des Lohnes wieder einzuziehen (zu vgl. Hanow-Lehmann Anm. 2a zu § 1227). Der Zweck, den Arbeitgeber vor unbilliger Belastung zu bewahren, entfällt aber, wenn der Lehrling statt der Sachleistung freien Unterhalts, eine „Barentschädigung" zahlt. Danach ist unbedenklich anzunehmen, daß im Falle zu b) Versicherungspflicht besteht. Im Falle zu a) erhalten die Lehrlinge allerdings in Gestalt der Trinkgelder gleichfalls eine Barleistung;

Digitized by Google

aber diese wird sich, da sie von Dritten gewährt wird, regelmäßig einer Kürzung durch den Arbeitgeber um die von ihm verauslagten Arbeitnehmeranteile der Beiträge entziehen. Schon deshalb dürfte die Versicherungspflicht zu verneinen sein. Überdies wird es sich dabei doch nur um geringfügige Beträge handeln, die neben dem freien Unterhalt nicht von wesentlicher Bedeutung sind und um so mehr zur Begründung der Versicherungspflicht nicht hinreichen, als sie freiwillig und in unregelmäßigen Beträgen nach dem Ermessen der Kundschaft verabfolgt werden (zu vgl. Entsch. des bayer. LVA. v. 12. 10. 14, Entsch. u. Mitt. des RVA. Bd. 6 S. 266).

Unzulässigkeit nachträglicher Erhöhung der Rechnung durch den Arzt.

15. **Nach Morbach.** Antwort: Da der Vertrag zwischen dem Arzt und der Krankenkasse durch Kündigung seitens der Kasse gelöst war, so konnte dieser Arzt, wenn er gleichwohl Kassenmitglieder behandelte, dafür nicht die Vertragssätze beanspruchen. Er hat demgemäß auch eine auf anderer Grundlage aufgestellte Rechnung für diese Leistungen eingereicht und von der Kasse bezahlt erhalten. Er ist nicht befugt, nachdem er wieder als Kassenarzt zugelassen worden ist, Nachzahlung des Unterschieds zwischen dem empfangenen Rechnungsbetrage und den neuen Vertragssätzen zu fordern. Eine solche nachträgliche Erhöhung der eingereichten Rechnung ist unzulässig (zu vgl. die Entsch. in ArbVers. 1916 S. 617).

Kassenzugehörigkeit eines Bergmanns, der nebenbei Lagerhalter eines Konsumvereins ist.

16. **Nach Kanis.** Frage: In einem Orte unseres Kreises ist ein Konsumverein, dessen Lagerhalter von Beruf Bergmann ist. Er ist deshalb bei der Knappschaftskrankenkasse versichert und bei unserer Ortskrankenkasse nicht angemeldet worden. Sein Einkommen vom Konsumverein beträgt jährlich 2355 M. Seine Frau ist Verkäuferin im Konsumverein, wird aber nicht extra bezahlt, da die Vergütung für ihre Arbeiten in der Entschädigung des Ehemanns als Lagerhalter mit enthalten ist. Können wir den Konsumverein anhalten, die Anmeldung des Lagerhalters bzw. dessen Ehefrau bei uns zu erstatten? Der Konsumverein weigert sich, weil der Lagerhalter als Bergmann bei der Knappschaftskrankenkasse versichert ist, auch seine Ehefrau im Erkrankungsfalle dort Familienhilfe erhält.

Antwort: Da der Lagerhalter Mitglied einer knappschaftlichen Krankenkasse ist, kann er nach ausdrücklicher Vorschrift des § 225 Abs. 2 RVO. der Ortskrankenkasse nicht angehören. Dagegen hat seine Frau nach § 234 RVO. dieser Kasse anzugehören; denn sie ist nicht Mitglied der knappschaftlichen Krankenkasse, wenngleich ihr Mann bei dieser Anspruch auf Familienhilfe im Falle der Erkrankung seiner Frau haben mag.

Pflicht der Kasse, die Kosten einer Operation im Krankenhause zu tragen, obwohl sie Krankenhauspflege nicht bewilligt hatte.

17. **Nach Krappitz.** Antwort: Was Ihr Hinweis auf unsere Auskunft im Jahrg. 1917 S. 788 mit Ihrer Anfrage zu tun haben soll, können wir nicht erkennen, und ebenso können wir ohne Angabe des Fundorts der „Entsch. des RVA. v. 1. 6. 20" nicht prüfen, was sich daraus für den Gegenstand der Frage ergibt. Wir können also nur folgendes sagen: Die Kasse hat nach feststehender Rechtsprechung des RVA. unter den Voraussetzungen des § 184 RVO. immer nur das Recht, niemals die Pflicht, Krankenhauspflege (und gegebenenfalls Hausgeld nach § 186) zu gewähren. Entschließt sie sich für Krankenhauspflege, so muß sie selbstverständlich auch die Kosten einer notwendigen Operation im Krankenhause tragen. Lehnt sie die Bewilligung der Krankenhauspflege ab in einem Falle, in dem diese wegen einer Operation notwendig war, so hat sie, wenn der Versicherte sich selbst in das Krankenhaus begeben hat oder von anderer Seite dort untergebracht worden ist, dem Versicherten gemäß § 182 das Krankengeld zu zahlen und die Kosten der ärztlichen Behandlung nebst Heilmitteln, wozu auch die Kosten der Operation gehören, zu erstatten. Ein Recht, die Bezahlung dieser Kosten wegen Umgehung des Kassenarztes abzulehnen (§ 368 RVO.), wird in solchen Fällen regelmäßig nicht gegeben sein, weil, wenn die Krankenhauspflege notwendig, aber von der Kasse nicht bewilligt war, ein dringender Fall anzunehmen sein wird.

Zur Leistungsdauer der Krankenhilfe nach § 183 RVO.

18. **Nach Radeberg.** Frage: a) Eine Versicherte ist am 23. 11. 1920 an Nasenhöhleneiterung erkrankt. Vom 2. 2. bis 26. 2. 21 hatte der Arzt nach einem operativen Eingriff die Arbeitsunfähigkeit bestätigt, nach dem 26. 2. die vollständige Heilung festgestellt und die Behandlung beendet. Am 19. 4. erkrankte die Versicherte von neuem an derselben Krankheit, ohne daß Arbeitsunfähigkeit eingetreten wäre, mit Ausnahme der Zeiten vom 3. 6. bis 10. 6. und 2. 7. bis 20. 7. 21, wo sie operativer Eingriffe wegen wieder arbeitsunfähig geschrieben wurde. Behandlung durch den Spezialarzt ist heute noch nötig. b) Eine Arbeiterin hatte sich einen Kniegelenkserguß zugezogen und war vom 6. 12. 20 bis 3. 4. 21 arbeitsunfähig. Vom 4. 4. 21 machte sich weitere ärztliche Behandlung sowie Kniegelenksmassage durch ein fachärztliches Institut notwendig, trotzdem die Versicherte arbeitsfähig war. Behandlung ist heute noch nicht abgeschlossen. — Wie lange ist die Kasse verpflichtet, in beiden Fällen die Behandlungskosten zu tragen?

Antwort: In beiden Fällen ist die Voraussetzung für eine Beschränkung der Leistungsdauer nach § 188 RVO. nicht gegeben, weil die Versicherte vorher Krankengeld nicht für 26 Wochen bezogen hatte. In beiden Fällen beträgt daher die Leistungsdauer aus Anlaß der neuen Erkrankung 26 Wochen, und zwar, da Krankengeld nicht gleich nach Beginn der Krankheit bezogen wurde, 26 Wochen nach Beginn des Krankengeldbezugs (§ 183 Abs. 1 Satz 1). Die Leistungspflicht der Kasse dauert also im Fall a) 183 Tage vom 19. 4. 21 und im Falle b) 183 Tage vom 6. 12. 20 gerechnet. Im Fall a) kommt nicht etwa die Anwendung des 2. Satzes des § 183 Abs. 1 in Betracht; denn dieser Satz betrifft nur die Nichtanrechnung von Zwischenzeiten auf die Dauer des Krankengeldbezugs.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Str. 12.
Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., in Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Senatspräsident a. D. u. a. m.

Heft 1335 der ganzen Folge.

38. Jahrgang | **21. November 1921** | **Heft 33**

Bemerkungen zu dem Gesetzentwurf über eine vorläufige Arbeitslosenversicherung.

Von Landesrat Seelmann in Oldenburg i. O.

Die Arbeitslosenversicherung, wie sie nach dem neuen Gesetzentwurf (vgl. hier S. 653) über eine vorläufige Arbeitslosenversicherung geplant wird, bildet ein eigenartiges Gemisch von Versicherung und Versorgung. Um eine Versicherung handelt es sich insofern, als Versicherungsbeiträge zu entrichten sind und als dafür ein Rechtsanspruch auf die Leistungen gewährt wird. Dagegen muß der neue Versicherungszweig in anderer Beziehung als Versorgung angesprochen werden, denn es werden keine eigentlichen Versicherungsträger für die Arbeitslosenversicherung geschaffen, es wird kein Anspruch auf Leistungen von einer bestimmten Höhe gewährt, vielmehr wird die Höhe der Leistungen alljährlich durch den Reichsarbeitsminister festgesetzt. Demgemäß ist auch nicht das Risiko im voraus berechnet, und es werden auch keine Rücklagen angesammelt, sondern der Aufwand soll, soweit er nicht vom Reiche, den Ländern und Gemeinden getragen wird, nachträglich auf Arbeitgeber und Arbeitnehmer umgelegt werden. Besonders deutlich tritt der Versorgungscharakter der Arbeitslosenversicherung auch darin zutage, daß in bestimmten Fällen bei Bedürftigkeit Arbeitslosenunterstützung auch dann gewährt werden kann, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen für den Anspruch nicht erfüllt sind. Unter Berücksichtigung des Umstandes, daß die wirtschaftliche Entwicklung in Deutschland sich zur Zeit in keiner Weise übersehen läßt, daß der augenblicklichen guten Beschäftigung der Industrie sehr bald Zustände folgen können, wie sie zur Zeit in Amerika und England bestehen, und daß deshalb das Risiko nicht berechnet werden kann, wird man diesem Grundgedanken des Entwurfs zustimmen können, zumal diese Form der Arbeitslosenversicherung ausdrücklich als eine vorläufige bezeichnet wird, die also später geändert werden soll, sobald die wirtschaftlichen Verhältnisse in Deutschland sich gefestigt haben. Das Wesentliche ist, daß zwei Drittel der Kosten den Beteiligten, nämlich den Arbeitgebern und Arbeitnehmern, auferlegt werden, daß also insoweit die Reichskasse entlastet wird, was als notwendig anerkannt werden muß, und dem entspricht, was für die übrigen Versicherungszweige schon jetzt gilt.

Der Plan, die Arbeitslosenversicherung an die Krankenversicherung anzugliedern, ist aufgegeben worden. Dafür ist in anderer Weise eine Verbindung mit der Krankenversicherung hergestellt, die als geschickt bezeichnet werden muß. Die Beiträge sollen nämlich von den Krankenkassen zusammen mit den Krankenkassenbeiträgen erhoben werden; mit der Anmeldung zur Krankenversicherung gilt auch die Anmeldung zur Arbeitslosen-

Digitized by Google

versicherung als bewirkt. Da nur solche Personen gegen Arbeitslosigkeit versichert werden, die Pflichtmitglieder einer Krankenkasse sind, gestaltet sich die Anmeldung für den Arbeitgeber einfach; er hat keine wesentliche Mehrarbeit durch die Arbeitslosenversicherung. Auch die eigentliche Erhebung der Beiträge durch die Krankenkassen und die Abführung der Beiträge an die Gemeinden wird die Krankenkassen nicht zu sehr belasten; es handelt sich lediglich um Fragen des Buchungs- und Rechnungswesens. Die Schwierigkeit für die Krankenkassen wird wesentlich darin liegen, daß sie auf Grund der Anmeldung zur Krankenkasse feststellen müssen, ob gleichzeitig Arbeitslosenversicherungspflicht besteht; denn wenn auch nur solche Personen der Arbeitslosenversicherung unterliegen, die Zwangsmitglieder einer Krankenkasse sind, so fallen doch nicht alle Pflichtmitglieder der Krankenkassen auch unter die Arbeitslosenversicherung. Es ist zu befürchten, daß diese Aussonderung zu großen Schwierigkeiten führen wird.

Wenn hiernach die Beitragserhebung den Krankenkassen obliegt, so haben diese doch mit der Festsetzung der Leistungen nichts zu tun; diese erfolgt vielmehr durch die Organe der Arbeitsnachweisämter, und auch im Streitverfahren sind nicht die Versicherungsbehörden zuständig, sondern die übergeordneten Instanzen der Arbeitsnachweisämter. Die Schattenseite dieser Regelung, die als zweckmäßig anerkannt werden muß, ist die, daß eine Kontrolle darüber fehlt, ob nicht gleichzeitig Krankengeld und Arbeitslosenunterstützung gezahlt wird. Daß schon jetzt bei eintretender Arbeitslosigkeit ein Teil der Kassenmitglieder sich krank meldet, ist bekannt, und das wird auch nach Inkrafttreten der Arbeitslosenversicherung nicht anders werden. Hier wird eine Verbindung zwischen den Krankenkassen und Arbeitsnachweisämtern hergestellt werden müssen, was ohne Schwierigkeiten möglich ist.

Versicherungsfrei soll nach dem Entwurf zunächst eine Beschäftigung *in der Land- und Forstwirtschaft* sein. Das ist durchaus geboten, denn in der Land- und Forstwirtschaft gibt es im allgemeinen keine Arbeitslosigkeit. Es wird aber klarzustellen sein, daß die in den gewerblichen Nebenbetrieben der Landwirtschaft beschäftigten Personen der Versicherung unterliegen. Zu prüfen wird ferner sein, ob nicht die Güterbeamten (Inspektoren, Administratoren, Gutsrendanten usw.) in die Versicherung einzubeziehen sind, denn diese sind m. E. der Arbeitslosenversicherung bedürftig.

Versicherungsfrei soll ferner eine Beschäftigung *mit häuslichen Diensten, insbesondere als Hausgehilfe*, sein. Auch dies ist im allgemeinen durchaus richtig, denn wenn auch die Zahl der Haushaltungen, die Dienstboten halten, immer geringer wird, so kann doch bisher von Arbeitslosigkeit der Dienstboten nicht gesprochen werden. Zwar wurde bei Veröffentlichung des früheren Gesetzentwurfs gegen die Nichteinbeziehung der Hausgehilfen in die Arbeitslosenversicherung von einem Verbande der Hausgehilfen lebhafter Widerspruch erhoben und darüber geklagt, daß die Dienstboten wiederum minderen Rechtes sein sollten; es ist aber doch nicht zu verstehen, daß die Dienstboten Beiträge zahlen wollen, ohne Aussicht zu haben, in den Genuß der Leistungen zu treten. Daß zu den mit häuslichen Diensten Beschäftigten auch solche Personen gehören, die in Krankenanstalten oder sonst von juristischen Personen beschäftigt werden, wird nach der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts angenommen werden dürfen (zu vgl. Entsch. des RVA. 2056, 2165, AmtlNachr. 1915 S. 594, 1916 S. 379, ArbVers. 1915 S. 537, 1916 S. 153). Es macht für die Arbeitslosenversicherung auch keinen Unterschied, ob ein Dienstmädchen in einer Krankenanstalt oder in einem Familienhaushalt beschäftigt wird. Zu prüfen ist aber ebenso wie bei den Güterbeamten, ob nicht die höheren Hausangestellten, die nicht zu den Dienstboten zählen, sondern unter § 165 Abs. 1 Nr. 2 RVO. fallen, in die Arbeitslosenversicherung einzubeziehen sind, denn bei diesen ist die Gefahr

Digitized by Google

der Arbeitslosigkeit doch wesentlich größer und wird mit der Zunahme der Verarmung noch weiter wachsen. Vielfach ist die Bedürftigkeit derartiger Personen bei Arbeitslosigkeit besonders groß, weil sie mit der Arbeit gleichzeitig ihr Unterkommen verlieren.

Zu den mit häuslichen Diensten beschäftigten Personen zählen nicht nur Dienstboten und Hausbeamte, sondern auch Aufwärterinnen. Es ist nicht zu beanstanden, daß diese, die übrigens meist nebenher beschäftigt werden, versicherungsfrei sein sollen.

Die Versicherungsfreiheit der unständig Beschäftigten und der im Wandergewerbe Beschäftigten ist schon deshalb notwendig, weil sich die Arbeitslosenversicherung für diese Personenkreise in der vorgesehenen Weise nicht durchführen lassen würde; ein Bedürfnis für eine Arbeitslosenversicherung wird auch nicht vorliegen. Auch daß Personen versicherungsfrei sein sollen, die als Entgelt nur freien Unterhalt erhalten, ist zweckmäßig. Übrigens handelt es sich meist um Personen, die mit häuslichen Diensten beschäftigt werden und schon deshalb versicherungsfrei sind.

Dagegen halte ich die weiteren Fälle, in denen nach dem Entwurf Versicherungsfreiheit gegeben sein soll, für bedenklich. Wenn bestimmt wird, daß eine Beschäftigung versicherungsfrei sein soll, die nicht den Hauptberuf des Beschäftigten bildet, so ist der Grundgedanke dafür zwar richtig. Es fragt sich aber, wie festgestellt werden soll, ob es sich um den Hauptberuf handelt. Aus der Anmeldung zur Krankenkasse wird dies nicht zu ersehen sein, insbesondere dann nicht, wenn es sich um volle Beschäftigung handelt, die aber nur einen Teil des Jahres ausgeübt wird (z. B. kleine Landwirte, die im Winter in der Fabrik arbeiten). Aber auch, wenn der Beschäftigte zwar regelmäßig arbeitet, aber nicht den ganzen Tag, ist nicht ohne weiteres zu erkennen, ob es sich um den Hauptberuf handelt. Es ist zu befürchten, daß die Krankenkassen in gar zu vielen Fällen genötigt sind, Ermittlungen anzustellen, durch die die Verwaltungsarbeit sehr erschwert wird. Ich halte es daher für richtiger, die Befreiung nur auf Antrag zu gewähren. Dies ist übrigens im Entwurf schon vorgesehen für solche Personen, die im Laufe eines Kalenderjahres eine versicherungspflichtige Beschäftigung für nicht mehr als 13 Wochen ausüben, im übrigen aber ihren Unterhalt durch eine nicht versicherungspflichtige Beschäftigung erwerben. Es ist nicht einzusehen, weshalb das gleiche nicht für solche gelten soll, die mehr als 13, aber weniger als 26 Wochen im Jahre versicherungspflichtige Lohnarbeiten verrichten. Dabei muß der Satzteil „im übrigen aber seinen Unterhalt durch eine nichtversicherungspflichtige Beschäftigung erwirbt" gestrichen werden, denn sonst ist keine Befreiungsmöglichkeit vorhanden für Ehefrauen, Hauskinder und solche Personen, die im übrigen vom Ehemann und den Eltern unterhalten werden oder von Zinsen, Renten und dgl. leben.

Ausgenommen von der Versicherungspflicht sollen ferner invalide Personen sein, d. h. solche, die infolge von Krankheit oder anderen Gebrechen durch ihre Beschäftigung weniger als ein Drittel dessen verdienen, was körperlich und geistig gesunde Personen derselben Art mit ähnlicher Ausbildung in derselben Gegend durch Arbeit zu verdienen pflegen. Die Krankenkassen müßten also feststellen, ob Invalidität im Sinne der Invalidenversicherung vorliegt. Wer aus der Praxis weiß, mit welchen Schwierigkeiten dies häufig verbunden ist, muß zu der Ansicht kommen, daß die Krankenkassen damit nicht belastet werden dürfen. Die Krankenkassen erfahren aus der Anmeldung doch nur, was der Beschäftigte verdient, nicht aber, weshalb er weniger als den Durchschnittslohn verdient, und die Feststellung des Durchschnittslohnes ist unter Umständen recht schwierig, insbesondere dann, wenn ein hochgelohnter gelernter Arbeiter wegen Krankheit oder Gebrechen zu einer geringer

Digitized by Google

gelohnten Beschäftigung übergegangen ist. Die Krankenkasse kennt ferner nur den jeweiligen Verdienst, nicht den Jahresarbeitsverdienst. Es gibt aber Personen, die einen Teil des Jahres gegen üblichen Lohn arbeiten können, im übrigen Teil des Jahres aber arbeitsunfähig sind, z. B. Lungenkranke, die nur während der warmen Jahreszeit arbeiten können. Ich schlage daher vor, daß solche Personen versicherungsfrei sein sollen, die mit einem Lohn zur Krankenkasse angemeldet sind, der geringer ist als ein Drittel des Ortslohns, oder die Invalidenrente oder Witwenrente aus der Invalidenversicherung beziehen. Dann stehen die Grenzen fest und weitere Ermittlungen sind nicht erforderlich.

Versicherungsfrei sollen ferner Personen sein, die das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Wenn man das 14. Lebensjahr genommen hätte, wäre die Sache in Ordnung gewesen, denn bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres kann es sich nur um eine Nebenbeschäftigung handeln. So aber ist diese Ausnahmebestimmung nicht zu verstehen. Für die Vierzehn- bis Sechzehnjährigen ist die Gefahr der Arbeitslosigkeit ebenso groß wie für die Sechzehn- bis Achtzehnjährigen. Der Einwand, daß die Jugendlichen die Beiträge nicht leisten können, wäre nicht begründet, denn im allgemeinen ist der Lohn der Jugendlichen unverhältnismäßig hoch. Und wenn man sagen wollte, daß die Vierzehn- bis Sechzehnjährigen meist noch im Haushalt der Eltern leben, so würde dasselbe auch für die Sechzehn- bis Achtzehnjährigen zutreffen. M. E. ist also die Grenze auf 14 Jahre herabzusetzen.

Versicherungsfrei soll ferner sein, wer vom Reiche, einem Lande, einem Gemeindeverbande, einer Gemeinde oder einer sonstigen Körperschaft des öffentlichen Rechtes Ruhegeld, Wartegeld oder ähnliche Bezüge oder von einem Versicherungsträger oder auf Grund des RVG. Rente bezieht, sofern der tägliche Ertrag der Bezüge mindestens das Zweifache des Ertrages erreicht, den er im Falle der Arbeitslosigkeit für seine Person an Arbeitslosenunterstützung erhalten würde. Wenn auch der Gedanke, der dieser Bestimmung zugrunde liegt, richtig ist, so muß diese doch wegen der unerträglichen Weiterungen, die sie bei der Durchführung des Gesetzes machen würde, abgelehnt werden. Wer die unermeßliche Arbeit kennt, die den Landesversicherungsanstalten durch die Durchführung der Bestimmung, nach welcher Rentenzulagen und Beihilfen den Empfängern von Militärrenten nicht zu zahlen waren, erwachsen ist und noch erwächst, wird den Wunsch haben, die Krankenkassen vor derartigen Bestimmungen zu bewahren. Die Krankenkassen werden in Arbeit ersticken, wenn sie feststellen sollen, wer Ruhegehalt, Rente usw. bezieht und ob der tägliche Ertrag dieser Bezüge mindestens das Zweifache der voraussichtlichen Arbeitslosenunterstützung ausmacht, und das um so mehr, als sich infolge Änderung der Gesetze die Höhe sowohl der Renten und Ruhegehälter wie auch der Arbeitslosenunterstützung ständig ändert, so daß die Arbeit voraussichtlich jährlich mehrmals zu machen wäre. Am besten wird es sein, zu bestimmen, daß die Befreiung von der Arbeitslosenversicherungspflicht in den gedachten Fällen auf Antrag zu gewähren ist. Dadurch würde die Arbeit auf ein erträgliches Maß zurückgeführt werden.

Nicht erwähnt sind im Gesetzentwurf die Hausgewerbetreibenden. Da diese zur Zeit nicht auf Grund der Reichsversicherung pflichtversichert sind, würden sie nicht unter die Arbeitslosenversicherung fallen. Die Einführung der Krankenversicherungspflicht für die Hausgewerbetreibenden steht aber vor der Tür; es darf angenommen werden, daß sie eher eingeführt wird als die Arbeitslosenversicherung. Nach dem jetzt vorliegenden Gesetzentwurf würden dann die Hausgewerbetreibenden ohne weiteres der Arbeitslosenversicherung in gleicher Weise unterliegen wie die übrigen Kassenmitglieder. Das halte ich nicht für möglich. Die Versicherung der Hausgewerbetreibenden erfordert schon in den übrigen Versicherungszweigen

Digitized by Google

besondere gesetzliche Vorschriften, und auf dem Gebiete der Arbeitslosenversicherung ist das noch mehr der Fall. Diese Lücke im Gesetzentwurf müßte noch ausgefüllt werden.

Wie schon erwähnt, sollen nur solche Personen für den Fall der Arbeitslosigkeit versichert werden, die auf Grund der Reichsversicherung oder bei einer knappschaftlichen Krankenkasse pflichtversichert sind. Wer aus der Krankenversicherungspflicht ausscheidet, scheidet damit auch aus der Arbeitslosenversicherung aus. Während aber auf dem Gebiete der Krankenversicherung in solchen Fällen die Weiterversicherung zulässig ist, ist ein gleiches für die Arbeitslosenversicherung nicht vorgesehen. Dies wäre unbedenklich, wenn es sich nur um solche Personen handeln würde, die wegen Heirat, Erlangung der Selbständigkeit oder aus anderen Gründen endgültig aus der Versicherungspflicht ausscheiden, denn bei diesen kommt Arbeitslosigkeit nicht mehr in Frage. Eine große Härte bedeutet dies aber zunächst für die im § 165 Abs. 1 Nr. 2 bis 5 und 7 bezeichneten Angestellten, die wegen Überschreitung der Gehaltsgrenze aus der Versicherungspflicht ausscheiden, ohne ihre Beschäftigung aufzugeben. Sie hätten vielleicht viele Jahre ihre Beiträge zur Arbeitslosenversicherung bezahlt, würden dann aber beim Überschreiten der Gehaltsgrenze unversichert sein, obwohl die Gefahr, arbeitslos zu werden, für sie nicht geringer, vielleicht wegen des hohen Lebensalters noch größer geworden ist. Hier muß unbedingt die Möglichkeit der Weiterversicherung gegeben werden. Und ebenso liegt die Sache bei solchen Personen, die nur vorübergehend aus der Versicherungspflicht ausscheiden, z. B. wegen Besuchs einer Fachschule. Die Lücke in der Beitragsleistung könnte ihnen sonst später zum Schaden gereichen.

Der Entwurf spricht nur von solchen Personen, die auf Grund der Reichsversicherung oder bei einer knappschaftlichen Krankenkasse pflichtversichert sind, erwähnt aber nicht die versicherungspflichtigen Ersatzkassenmitglieder, deren Rechte und Pflichten der Zwangskasse gegenüber ruhen. Sollen diese Personen aus der Arbeitslosenversicherung herausfallen? Das wäre allerdings das beste Mittel, um den Ersatzkassen das Wasser abzugraben. Auf diesem Wege wird man aber gegen die Ersatzkassen nicht vorgehen können. Wenn aber derartige Personen der Arbeitslosenversicherung unterliegen sollen, fehlt es an Vorschriften für die Beitragsleistung. Hier ist also Ergänzung des Gesetzentwurfs erforderlich.

Etwas verschwommen sind die Bestimmungen über das Versicherungsverhältnis. Sie bedürfen m. E. der Umarbeitung. Nach § 3 des Entwurfs richten sich Beginn und Ende „des Versicherungsverhältnisses" nach den Vorschriften über die Krankenversicherung. Auf dem Gebiete der Krankenversicherung beginnt die Mitgliedschaft Versicherungspflichtiger mit dem Tage des Eintritts in die versicherungspflichtige Beschäftigung; ob Anmeldung zur Krankenkasse erfolgt ist und ob Beiträge entrichtet sind, ist für den Erwerb der Mitgliedschaft und für die Leistungspflicht der Krankenkasse rechtlich ohne Bedeutung. Anderseits erlischt die Kassenmitgliedschaft, wenn nicht Weiterversicherung erfolgt, ohne weiteres mit dem Aufhören der versicherungspflichtigen Beschäftigung. Anspruchsberechtigt sind, abgesehen von dem Fall des § 214 RVO., nur Kassenmitglieder. Alles dieses paßt für die Arbeitslosenversicherung nicht. Bei diesen wird eine „Mitgliedschaft" überhaupt nicht erworben, denn es gibt keine Arbeitslosenkasse, deren Mitglied der Versicherte werden konnte. Man kann also für die Arbeitslosenversicherung nur sagen, daß die Versicherungspflicht mit der Aufnahme der versicherungspflichtigen Beschäftigung beginnt und mit deren Beendigung aufhört. Weiter aber ist auch für die Arbeitslosenversicherung die bloße Tatsache, daß eine versicherungspflichtige Beschäftigung ausgeübt ist, abweichend von der Krankenversicherung und in Übereinstimmung mit den für die Invalidenversicherung geltenden Grundsätzen, bezüglich der Ansprüche des Versicherten auf Arbeits-

Digitized by Google

losenunterstützung nicht ausreichend; es muß vielmehr hinzukommen, daß tatsächlich Beiträge geleistet sind. Denn nach dem Gesetzentwurf ist Voraussetzung für die Gewährung der Arbeitslosenunterstützung, daß die Wartezeit erfüllt ist, und diese ist nur erfüllt, wenn der Versicherte in den 24 Monaten vor dem Eintritt der Arbeitslosigkeit während 26 Wochen Beiträge geleistet hat. Mit dieser Voraussetzung steht wieder die Vorschrift des § 37 des Entwurfs in auffälligem Widerspruch, nach welcher der Arbeitslose bei Geltendmachung des Anspruchs auf Arbeitslosenunterstützung zwar glaubhaft zu machen hat, daß und wie lange er in einem versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnis gestanden hat und wie hoch das letzte Arbeitsentgelt war, und daß er für diese Zwecke vom Arbeitgeber eine Bescheinigung über Beginn, Ende und Art des Arbeitsverhältnisses verlangen kann, während von einem Nachweis der Beitragsleistung, auf die allein es nach dem Entwurf doch ankommen soll, überhaupt nicht die Rede ist.

Es kann die Frage entstehen, ob nicht, wie auf dem Gebiete der Krankenversicherung, die Anspruchsberechtigung der Versicherten von der Beitragsleistung unabhängig zu machen und nur an die versicherungspflichtige Beschäftigung zu knüpfen ist. Ich möchte diese Frage aber doch verneinen, denn da nicht alle krankenversicherungspflichtige Personen der Arbeitslosenversicherung unterstellt werden und da für die Beitragserhebung und die Festsetzung der Leistungen verschiedene Stellen zuständig sein sollen, müssen vor Festsetzung der Leistungen die Beiträge tatsächlich entrichtet sein. Es könnte sonst vorkommen, daß die Arbeitsnachweisämter die Leistungen gewähren, weil sie die Beschäftigung für versicherungspflichtig halten, während die Krankenkassen die Erhebung der Beiträge ablehnen, weil sie entgegengesetzter Ansicht sind. Übrigens muß die Fassung des § 13 des Entwurfs, nach welcher die Wartezeit erfüllt ist, wenn der Versicherte in den letzten 24 Monaten während 26 Wochen Beiträge geleistet hat, insofern geändert werden, als es heißen muß: für den Versicherten Beiträge geleistet sind. Denn nach dem Entwurf haben, wie in der Krankenversicherung, die Arbeitgeber die Beiträge für ihre Arbeitnehmer einzuzahlen; diese sind nur verpflichtet, sich ihren Anteil vom Barlohn abziehen zu lassen. Eine Beitragsleistung durch die Versicherten findet also überhaupt nicht statt; eine solche hat auch nicht stattgefunden, wenn dem Versicherten der Beitragsteil vom Lohn abgezogen ist, der Arbeitgeber aber diese Beiträge unterschlägt.

Für den Ausdruck Arbeitslosenunterstützung würde ich lieber nach dem Vorbilde der Krankenversicherung den Ausdruck Arbeitslosengeld wählen und die Arbeitslosenunterstützung für diejenigen Fälle festsetzen, in denen diese als Kannbezüge gewährt werden können.

Voraussetzung für den Anspruch auf Arbeitslosenunterstützung soll sein, daß der Versicherte arbeitsfähig ist, und der Begriff Arbeitsfähigkeit wird in gleicher Weise definiert, wie im § 1255 RVO. die Invalidität, nur mit dem Unterschiede, daß gesagt wird: Arbeitsfähig ist, wer imstande ist, durch eine Tätigkeit usw. Nun sind aber in der RVO. Arbeitsunfähigkeit und Invalidität ganz verschiedene Begriffe, und es wäre unerwünscht, daß durch das Arbeitslosenversicherungsgesetz eine Verwischung dieser Begriffe eintritt. Es ist daher besser, an Stelle von arbeitsfähig zu sagen: „nicht invalide im Sinne des § 1255 RVO.“.

Digitized by Google

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Anwendbarkeit des Sperrgesetzes auf Krankenkassenangestellte.

Erlaß des preuß. Ministers f. Volkswohlfahrt v. 26. September 1921 („Volksw." S. 477).

Nach einem Gutachten des Herrn Reichsministers der Justiz, dem der Herr Reichsminister der Finanzen zugestimmt hat und von dem eine Abschrift beiliegt, ist es für die Anwendbarkeit des Sperrgesetzes erforderlich, daß die bei einer öffentlichen Körperschaft Angestellten auf Lebenszeit oder mit Anrecht auf Ruhegehalt angestellt sind. Dies ist nicht nur bei den Kassenangestellten, die noch die Rechte und Pflichten der gemeindlichen Beamten haben, der Fall, sondern auch bei allen denjenigen, welche nach einer vom Oberversicherungsamt genehmigten Dienstordnung lebenslänglich oder mit Anrecht auf Ruhegehalt angestellt sind.

Die Reichsbesoldungsordnung kann hiernach, was in meinen Erlassen vom 13. und 19. Januar d. J. („Volkswohlfahrt" S. 63, 87, ArbVers. S. 129, 149) nicht besonders zum Ausdruck gebracht ist, auf diejenigen Kassenangestellten nicht ohne weiteres angewendet werden, welche nicht mit Anrecht auf Ruhegehalt angestellt sind. Bei ihnen muß selbstverständlich ein Ausgleich dafür stattfinden, daß sie ein Anrecht auf Versorgung nicht haben, wie es bei den nach der Reichsbesoldungsordnung Angestellten durchgängig der Fall ist. Es wird in diesen Fällen ein höheres Anfangs- oder Endgehalt festzusetzen und außerdem unter Umständen noch die Zeit bis zur Erreichung des Endgehalts entsprechend zu vermindern sein. Jedoch wird bei der Festsetzung der Gehälter für die ohne Anrecht auf Ruhegehalt Angestellten die Gruppeneinteilung der Reichsbesoldungsordnung nicht außer acht gelassen werden dürfen, damit eine gewisse Gleichmäßigkeit der Dienstbezüge bei den Krankenkassen und ihren Angestellten im Hinblick auf § 355 Reichsversicherungsordnung gewahrt bleibt.

Gutachten des Reichsjustizministers.

Bei den Krankenkassen sieht § 359 der Reichsversicherungsordnung die Anstellung gewisser Personen als Beamte vor. Diese Anstellung als Beamte geschieht nach § 359 Absatz 1 auf Lebenszeit oder unwiderruflich oder mit Anrecht auf Ruhegehalt. Es handelt sich hier also um Personen, die im Dienste einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft in einem von öffentlich-rechtlichen Regeln beherrschten Verhältnis eine Anstellung erlangt haben, welche die anstellende Körperschaft zu einer dauernden Versorgung des Betreffenden verpflichtet. Ich trage keine Bedenken, diese Personen als Beamte im Sinne des Sperrgesetzes anzusehen.

Was die sogenannten mittleren und Unterbeamten der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte betrifft, so zweifle ich, ob aus dem Umstande, daß der § 104 des Versicherungsgesetzes für Angestellte auf sie die Bezeichnung „Beamte" anwendet, ohne weiteres gefolgert werden darf, daß die diesen Kategorien angehörigen Personen als Beamte im Sinne des Sperrgesetzes ein dauerndes Verhältnis zwischen dem Anstellenden und dem Angestellten voraussetzt. Das Sperrgesetz wird hier nur insoweit zur Anwendung gelangen können, als der im Versicherungsgesetz als Beamter Bezeichnete nach §§ 8 und 9 der Dienstordnung lebenslänglich oder mit Anwartschaft auf Ruhegehalt oder Hinterbliebenenfürsorge angestellt worden ist.

Bei den Berufsgenossenschaften unterscheidet die Reichsversicherungsordnung zwischen Beamten und Angestellten im Texte des Gesetzes nicht, verwendet vielmehr ausschließlich den Ausdruck „Angestellte". Dies hindert indessen meines Erachtens die Annahme nicht, daß diese sogenannten Angestellten der Berufsgenossenschaften unter bestimmten Voraussetzungen, die den im vorstehenden bezeichneten Erfordernissen entsprechen, Beamte im Sinne des Sperrgesetzes sind. Diese Voraussetzungen erscheinen mir gegeben, wenn der Betreffende gemäß § 694 der Reichsversicherungsordnung lebenslänglich oder gemäß § 697 der Reichsversicherungsordnung mit Anrecht auf Ruhegehalt oder Hinterbliebenenfürsorge angestellt ist.

Fristen für die Aufbewahrung der Kassenbücher der Krankenkassen.

Bekanntmachung des **Reichsarbeitsministers** vom 18. Oktober 1921 (Zentralbl. f. d. Deutsche Reich S. 866).

Der Reichsrat hat auf Grund des § 366 RVO. folgendes bestimmt:

§ 29 der Bekanntmachung vom 9. Oktober 1913 über Art und Form der Rechnungsführung der Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen (Zentralbl. für das Deutsche Reich S. 1009), in der Fassung der Bekanntmachung über die Fristen für die Aufbewahrung der Kassenbücher der Krankenkassen vom 26. Mai 1916 (Zentralbl. für das Deutsche Reich S. 120), erhält nunmehr folgende Fassung:

Die Krankenbücher und die übrigen Kassenbücher mit den zugehörigen Belegen sind mindestens fünfzehn Jahre aufzubewahren. Die Aufbewahrungsfrist beginnt mit dem Schlusse desjenigen Geschäftsjahres, auf welches sich die letzte Eintragung in dem Kassenbuche bezieht.

Digitized by Google

Einwirkung satzungsmäßiger Erhöhung der Beiträge auf die Verzugsbeiträge aus § 397 Abs. 1 RVO.

Entscheidungen a) des **Versicherungsamts Hamburg** v. 18. Mai 1921 (793/21 K); b) des **Oberversicherungsamts Hamburg** v. 3. September 1921 (K 24/21).

a)

Ein Arbeitgeber war mit der Abmeldung seines Dienstmädchens im Verzug und daher nach § 397 Abs. 1 RVO. zur Fortzahlung der Beiträge verpflichtet. Während des Verzugs wurden durch Änderung der Kassensatzung die Beiträge erhöht. Die Kasse forderte von da ab von dem säumigen Arbeitgeber gleichfalls erhöhte Beiträge. Das Versicherungsamt wies den Anspruch der Kasse insoweit ab mit folgender Begründung:

. . . Der Standpunkt der Kasse, daß die ab 7. Juni und 2. August 1920 in Kraft getretenen Satzungsänderungen auf die Beitragsberechnung anzuwenden sind, ist falsch.

Die Zuteilung eines Versicherten zu einer Lohnstufe erfolgt auf Grund des von ihm erzielten Lohnes. In den Fällen des § 397, in denen nach der Auflösung des Beschäftigungsverhältnisses und dem Wegfall des Lohnes noch Beiträge zu zahlen sind, fehlt es aber an dieser für die Berechnung der Beiträge erforderlichen Grundlage. Wenn der § 397 sagt, daß „die Beiträge" auch über die Dauer des Beschäftigungsverhältnisses hinaus bis zur vorschriftsmäßigen Abmeldung fortzuzahlen sind, so können daher nicht die jeweils gültigen Beiträge, sondern nur die Beiträge verstanden werden, die in der letzten Zeit des Beschäftigungsverhältnisses zu leisten waren.

b)

Auf Beschwerde der Kasse entschied das Oberversicherungsamt im entgegengesetzten Sinne, verurteilte also den Arbeitgeber auch zur Zahlung des aus der satzungsmäßigen Erhöhung der Beiträge sich ergebenden Mehrbetrages. — Gründe:

Die Beschlußkammer vermochte sich den von der ersten Instanz vorgetragenen Gründen für die von ihr vorgenommene Auslegung des § 397 Abs. 1 RVO. nicht anzuschließen. Die Bestimmung des § 397 Abs. 1 schließt eine gesetzliche Fiktion in sich; sie unterstellt das Fortbestehen eines versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnisses bis zur vorschriftsmäßigen Abmeldung, und hieraus ist zu folgern, daß, wenn das Weiterbestehen eines versicherungspflichtigen Arbeitsverhältnisses bis zum Tage der vorschriftsmäßigen Abmeldung angenommen werden muß, richtiger Auffassung nach diejenigen Kassenbeiträge vom Arbeitgeber für die danach in Betracht kommende Zeit bezahlt werden müssen, die für diese Zeit nach gesetzlicher und satzungsgemäßer Bestimmung in Geltung sind. Man kann durchaus nicht sagen, daß es in den Fällen des § 397 an der für die Berechnung der Beiträge erforderlichen Grundlage fehlt; denn für das als fortbestehend vorausgesetzte Arbeitsverhältnis kommt als Grundlage der Beitragsberechnung selbstverständlich die betreffende Satzungsbestimmung der Kasse in Betracht, mit anderen Worten, es gelten die jeweils in Kraft gesetzten gültigen Beiträge. Der Wortlaut des § 397 spricht durchaus nicht gegen die hier vertretene Auffassung. Der Ausdruck „die Beiträge" bedeutet allgemein offenbar nur die Beiträge, die nach der Sach- und Rechtslage in Betracht kommen, er wäre gezwungen, anzunehmen, daß nur die Beiträge unter diesem Ausdruck zu verstehen sein sollten, die bei der wirklichen Beendigung des Arbeitsverhältnisses in Kraft waren. Der Gebrauch des bestimmten Artikels „die" war gleichfalls, selbstverständlich, denn die Weglassung des Artikels war ebenso nicht möglich, und der Satz „Beiträge sind fortzuzahlen" hätte gleichfalls nach der ganzen Ausdrucksweise keinen richtigen Sinn gehabt. Endlich soll offenbar das Wort „fortzahlen" nur die Verpflichtung des Arbeitgebers feststellen, die in Betracht kommenden Beiträge überhaupt weiterzuzahlen; keineswegs kann doch hierin liegen, daß der Ausdruck „fortzahlen" ein Fortzahlen in der bisherigen Höhe bedeuten soll. Aus ähnlichen Erwägungen ist der Verfasser des Aufsatzes im Sprechsaal der ArbVers. 1918 S. 297/298 zu der gleichen Auffassung, wie sie hier entwickelt worden ist, gelangt; er weist mit Recht darauf hin, daß, wie im Falle der Erhöhung der Beiträge, so auch im Falle der Ermäßigung der Arbeitgeber die dann in Kraft getretenen Beiträge zu zahlen hat, also auch durch die Ermäßigung der Beiträge einen Vorteil hat. Gerade diese letztere Betrachtung zeigt, daß konsequenterweise allein die hier vertretene Auffassung dem Gedanken des Gesetzes in vernünftiger Weise gerecht wird. Hiernach ist die Forderung der Kasse ihrem gesamten Umfange nach begründet, und Beschwerdegegner erscheint verpflichtet, auch die restliche Summe von 19,44 M. der Kasse zu zahlen, da er zweifellos in der vom Versicherungsamt näher ausgeführten Weise die Abmeldung seiner Stütze verspätet bewirkt hat.

Anmerkung: Wir haben uns im Jahrg. 1920 S. 300 Ziff. 16 bereits im Sinne der vorstehenden Entscheidung des Oberversicherungsamts geäußert.

Digitized by Google

B. Zur Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Vergütung für die Quittungskartenausgabe.

Erlaß des preuß. Ministers für Volkswohlfahrt vom 20. Oktober 1921 („Volksw." S. 477).

Unter Abänderung des Erlasses vom 12. Mai 1920 — III V 613 — („Volkswohlfahrt" S. 113) setzen wir auf Grund des § 1455 Absatz 2 der Reichsversicherungsordnung die Vergütung, welche den Krankenkassen und knappschaftlichen Krankenkassen für die Ausstellung und den Umtausch der Quittungskarten von den Landesversicherungsanstalten vom 1. Oktober d. Js. ab zu gewähren ist, auf 60 Pf. für jede Karte fest.

Bei dieser Gelegenheit wird darauf hingewiesen, daß es nach Ziffer 27 Absatz 1 der Anweisung für die Quittungskartenausgabe vom 20. November 1911 zu den Aufgaben der Ausgabestellen gehört, bei dem Umtausch der Quittungskarten die ordnungsmäßige Beitragsleistung zu prüfen und nötigenfalls zu berichtigen.

Zum Begriff der Invalidität im Sinne des § 1255 RVO.

Rev. Entsch. des bayer. Landesversicherungsamts v. 21. April 1921 (Mitt. 1921 S. 27).

Der Kläger wurde im Felde durch Granatsplitter am rechten Vorderarm und an der rechten Schulter verletzt und erhielt deswegen eine Militärrente von 60 v. H. der Vollrente und vom 15. Juli 1918 an die Invalidenrente. Diese wurde ihm auf Grund des § 1304 RVO. vom 1. Januar 1921 an entzogen. Auf seine Berufung hat das Oberversicherungsamt die Landesversicherungsanstalt verurteilt, dem Kläger die bisherige Rente auch über den 1. Januar 1921 hinaus weiter zu gewähren. Gegen dieses Urteil hat die beklagte Landesversicherungsanstalt rechtzeitig Revision eingelegt mit dem Antrag, das Urteil aufzuheben. Das Rechtsmittel hatte Erfolg aus folgenden Gründen:

Das angefochtene Urteil führt aus, es sei zwar auf Grund des Gutachtens des amtlichen Sachverständigen des Oberversicherungsamts nicht daran zu zweifeln, daß die Beschränkung der Erwerbsfähigkeit des Klägers auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mehr 60 v. H. betrage, er sei aber trotzdem für invalide zu erachten, denn nach dem Gutachten dieses Sachverständigen sei der Kläger in seinem Beruf als Schreiner noch zu 80 v. H. erwerbsbeschränkt, und es gehe nicht an, den Kläger, der gelernter Schreiner ist, deshalb, weil er seinen erlernten Beruf nicht mehr ausüben kann, auf den allgemeinen Arbeitsmarkt zu stellen. Das verbiete die in § 1255 Abs. 2 RVO. vorgeschriebene billige Berücksichtigung der Ausbildung und des bisherigen Berufs des Versicherten. Wenn auch der Kläger nunmehr mit seiner Frau einen Obsthandel betreibe und damit noch mindestens ein Drittel des Verdienstes eines auf dem allgemeinen Arbeitsmarkte stehenden Arbeiters verdienen könne und wohl auch tatsächlich verdiene, so berechtige das noch nicht zur Verneinung seines Anspruchs auf Invalidenrente. Denn der Obsthandel stehe in gar keiner Beziehung zu dem erlernten Schreinerhandwerk des Klägers, würde von diesem, wenn er nicht in seinem Schreinerberuf invalide wäre, seiner Frau als Nebenbetrieb überlassen werden und könne als ein sozial und wirtschaftlich einigermaßen gleichwertiger Beruf nicht angesehen werden. Es sei dem Kläger nicht zuzumuten, einem solchen neuen Beruf sich zu widmen.

Zu diesen Ausführungen ist zu bemerken: .... Auf einer unrichtigen Anwendung des bestehenden Rechts beruht die Anschauung der Spruchkammer, dem Kläger könne, weil er gelernter Schreiner ist, nicht zugemutet werden, durch eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt einen Verdienst zu suchen. Es ist nicht zutreffend, daß die in § 1255 Abs. 2 RVO. vorgeschriebene billige Berücksichtigung der Ausbildung und des bisherigen Berufs einer solchen Zumutung im Wege steht. Nicht jede handwerkliche Ausbildung, nicht jede ausschließliche oder überwiegende bisherige Berufstätigkeit überhebt den Versicherten der Verpflichtung, die ihm verbliebene Arbeitskraft künftig in einem anderen Beruf, sei es auch in der Tätigkeit eines ungelernten Arbeiters, zu nützen. Es kommt vielmehr auf die Art der Ausbildung und der bisherigen Tätigkeit und daneben auf die sonstigen besonderen Umstände des Falles an; danach ist zu beurteilen, ob der Übergang zu der Tätigkeit, für welche die Arbeitsfähigkeit des Versicherten noch ausreicht, irgendwie, z. B. wegen der Gegensätzlichkeit der beiden zum Vergleiche stehenden Tätigkeitsarten, als eine unverhältnismäßige Härte sich darstellen würde und deshalb nicht zugemutet werden kann. Unter diesen Gesichtspunkten hat es das Reichsversicherungsamt wiederholt für zulässig erachtet, einen Facharbeiter auf die Tätigkeit eines ungelernten Arbeiters zu verweisen; hinsichtlich eines gelernten Schreiners hat das bayer. Landesversicherungsamt den gleichen Grundsatz ausgesprochen in einer Entscheidung vom 15. April 1914 (Mitt. des Landesversicherungsamts 1914 S. 58 Z. 45). Übrigens ist noch besonders hervorzuheben, daß der Unterschied in der wirtschaftlichen und sozialen Stellung, der zwischen gelernten und ungelernten Arbeitern früher bestanden haben mag, durch die Entwicklung der jüngsten Vergangenheit fast völlig verwischt wurde.

Bei einem gelernten Arbeiter, der in seinem bisherigen Beruf erwerbsunfähig geworden ist und nunmehr begonnen hat, sich für einen neuen Beruf auszubilden, kann die nach § 1255 Abs. 2 gebotene „billige Berücksichtigung" allerdings dazu führen, daß ihm während der zum „Umlernen" und zur Erlangung der Wettbewerbsfähigkeit auf dem neuen

Digitized by Google

Erwerbsgebiete erforderlichen Zeit eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt trotz der hierzu vorhandenen körperlichen Leistungsfähigkeit nicht zuzumuten ist. In diesem Sinne ist die Entscheidung des bayer. Landesversicherungsamts vom 9. Oktober 1918 (Mitt. 1919 S. 43 Z. 165) zu verstehen, auf die sich der Vertreter des Klägers in der Revisionsverhandlung zur Unterstützung seines Standpunktes berufen hat (vgl. auch Mitt. des Landesversicherungsamts 1919 S. 61 Z. 168). Der vorliegende Fall ist aber keineswegs so gelagert. Wie aus der Erklärung des Klägers in der mündlichen Verhandlung des Versicherungsamts vom 5. November 1920, übrigens auch schon aus dem Rentenantrag (Abmeldung bei der Ortskrankenkasse) hervorgeht, hat der Kläger schon 1913 seinen Schreinerberuf freiwillig aufgegeben, mit seiner Frau den Obsthandel seiner damals verstorbenen Mutter übernommen und sich dadurch selbständig gemacht. Er hat seither keine Anstalten gemacht, einen neuen Beruf zu erlernen, und hat offenbar gar nicht die Absicht, überhaupt wieder zu einer Lohnarbeit zurückzukehren. Die Gesichtspunkte, die für die vom Vertreter des Klägers angezogene Entscheidung maßgebend waren, treffen also hier nicht zu.

Es ist somit kein Grund ersichtlich, warum der erst 30 Jahre alte, abgesehen von seiner Verletzung gesunde Kläger, auch wenn er gelernter Schreiner ist, nicht auf den allgemeinen Arbeitsmarkt sollte verwiesen werden können. Die Anschauung der Spruchkammer würde zur Anerkennung der Berufsinvalidität führen. Der erkennende Senat hatte schon wiederholt Veranlassung, darauf hinzuweisen, daß diese in den gesetzgeberischen Verhandlungen sowohl zum Invalidenversicherungsgesetz wie zur Reichsversicherungsordnung ausdrücklich abgelehnt wurde, daß die Fassung des § 1255 Abs. 2 für die Berücksichtigung von Berufsinvalidität keinen Anhalt bietet und daß die ständige Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts und des Landesversicherungsamts ihre Anerkennung für unzulässig erklärt.

Da das angefochtene Urteil auf der dargelegten unrichtigen Anwendung des bestehenden Rechts beruht, muß es aufgehoben werden. Bei der nunmehr eintretenden freien Würdigung des gesamten Streitstoffes trägt der Senat kein Bedenken, in der Sache selbst zu entscheiden.

Die beiden ärztlichen Sachverständigen stimmen darin überein, daß infolge Zunahme der Beweglichkeit der Gelenke der Zustand des Klägers sich wesentlich gebessert hat und daß er infolgedessen für den allgemeinen Arbeitsmarkt nicht mehr als 60 v. H. erwerbsbeschränkt ist. Dazu kommt der Umstand, daß nach allgemeiner Erfahrung in 2 Jahren, wie sie auch hier seit Abschluß der Heilbehandlung verstrichen sind, eine Gewöhnung an die verringerte Gebrauchsfähigkeit der rechten Hand und ihrer Finger eintritt. Der Kläger ist demnach, da er sonst gesund ist, zu allen Arbeiten als fähig zu erachten, die nicht die volle oder doch wesentliche Mitwirkung der freibeweglichen rechten Hand erfordern. Es ist anzunehmen, daß sich solche Arbeiten auch im Schreinergewerbe finden. Jedenfalls aber sind sie auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt vorhanden, sei es nun in der Fabrikarbeit oder in Taglohnarbeiten. In diesem Zusammenhang ist es statthaft, auf die Tätigkeit hinzuweisen, die der Kläger als Unternehmer ausübt (Mitt. des Landesversicherungsamts 1919 S. 42 Ziff. 164). Die Arbeiten, die der Kläger im Obsthandel verrichtet, lassen den Schluß zu, daß er auch durch Lohnarbeiten das für ihn maßgebende Lohndrittel zu verdienen imstande ist. Da es allgemein bekannt ist, daß jetzt und wohl noch auf geraume Zeit hinaus der Lohn gelernter Arbeiter nicht wesentlich höher ist als derjenige ungelernter, bedarf es in diesem Falle keiner ausdrücklichen Feststellung des Durchschnittslohnes eines Schreinergehilfen.

Nach diesen Darlegungen ist die Voraussetzung des § 1304 RVO. gegeben. Die Entziehung der Invalidenrente war daher gerechtfertigt. Der Bescheid der Landesversicherungsanstalt ist wiederherzustellen.

Wiederaufleben einer nach § 1280 RVO. erloschenen Anwartschaft auf Grund der Verordnung vom 9. 2. 19 (RGBl. S. 191).

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 18. März 1921.

Das Versicherungsamt hat die Zulässigkeit der Erneuerung der freiwilligen Versicherung durch Frau W. zunächst auf Grund der Vorschriften der Reichsversicherungsordnung zutreffend verneint (zu vgl. auch Entsch. 1864, Amtl. Nachr. des RVA. 1914 S. 560), jedoch alsdann im Hinblick auf die Verordnung über Anwartschaften in der Invalidenversicherung vom 9. Februar 1919 (RGBl. S. 191) mit Recht bejaht. Diese Doppelprüfung ist seit Inkrafttreten der Verordnung stets erforderlich, sobald bei einem Versicherungsverhältnis das Erlöschen einer Anwartschaft auf Grund der Vorschriften der Reichsversicherungsordnung in Frage kommt. Dem Sinne und Zwecke der Verordnung würde man nicht gerecht, wenn man ihren Geltungsbereich lediglich auf die Fälle, in denen bereits der Versicherungsfall eingetreten ist, beschränken wollte; denn sie beabsichtigt, die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung über Erlöschen der Anwartschaft zu mildern. Dementsprechend bestimmt sie, daß, wenn die zwischen dem Eintritt in die Versicherung und dem Versicherungsfalle liegende Zeit zu mindestens drei Vierteln durch ordnungsmäßig verwendete Beitragsmarken belegt ist, die Ansprüche aus der In-

Digitized by Google

validen- und Hinterbliebenenversicherung bestehen bleiben sollen, obwohl die Anwartschaft gemäß §§ 1280 ff. RVO. erloschen sein würde (§ 1 a. a. O.). Mit dem Zwecke dieser Vorschrift würde es im Widerspruch stehen, wenn mit Rücksicht auf das Erlöschen der Anwartschaft einem Versicherten die Möglichkeit genommen würde, die Voraussetzungen der Anwendbarkeit der Verordnung bis zum Eintritt des Versicherungsfalls durch Beitragsleistung zu schaffen. Eine „ordnungsmäßige Verwendung von Beitragsmarken" im Sinne der Verordnung kann daher nicht deshalb verneint werden, weil durch die Beitragsleistung die erloschene Anwartschaft nach § 1283 RVO. nicht wieder aufleben könnte. Nach dem Sinne und Zwecke der Verordnung kann der Ausdruck „ordnungsmäßig verwendete Beitragsmarken" nur dahin verstanden werden, daß jede Beitragsmarke als „ordnungsmäßig verwendet" zu werten ist, falls die Marke von einem Versicherten in einer ordnungsmäßig ausgestellten Quittungskarte als Beitrag für eine nicht bereits belegte Woche eingeklebt ist (zu vgl. hierzu auch Klehmet in der MonSchr. f. Arb. u. Angest. Vers. 7. Jahrg. 1919 Sp. 253, der auch auf den verschiedenen Zweck der Verordnung und des § 1445 Abs. 1 RVO. hinweist). Nur diese weitgehende Auslegung wird dem Zweck der Verordnung gerecht, denn nur sie gibt denen, die sonst aus formalen Gründen der Wohltaten der Sozialversicherung verlustig gehen würden, die Möglichkeit, bis zum Eintritt des Versicherungsfalls die Bedingungen der Verordnung zu erfüllen und so ihre Rentenansprüche zu retten; erst beim Eintritt des Versicherungsfalls ist alsdann zu entscheiden, ob die Rentenansprüche auf Grund dieser Verordnung fortbestehen, obgleich die Anwartschaft nach den §§ 1280 ff. RVO. erloschen ist.

Im vorliegenden Falle ist daher die Wiederaufnahme der freiwilligen Beitragsleistung durch Frau W. trotz der Vorschriften des § 1243 Abs. 2 in Verbindung mit § 1283 Abs. 3 RVO. auf Grund der Verordnung vom 9. Februar 1919 zulässig; gegen die „ordnungsmäßige Verwendung" der in den Quittungskarten Nr. 6 bis 8 enthaltenen Beitragsmarken bestehen also weiter keine Bedenken.

C. Zur Angestelltenversicherung.

Grundsätzliche Entscheidungen des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung.

(„Angestelltenversicherung" Nr. 9 S. 178 ff.)

Nr. 447. Die Vorschrift des § 208 des Versicherungsgesetzes für Angestellte ist nicht anwendbar auf Beiträge, die für einen kriegsverschollenen Angestellten über den in dem gerichtlichen Ausschlußurteile als Todestag festgesetzten Zeitpunkt hinaus entrichtet worden sind.

Nr. 478. Verwiegeaufseher in größeren Berg- und Hüttenwerken, deren Haupttätigkeit darin besteht, das Gewicht festzustellen, für die richtige Zusammenstellung der Ladungen zu sorgen und als Unterlagen für den Versand Frachtbriefe auszufertigen und Listen zu führen, sind versicherungspflichtig nach § 1 Abs. 1 Nr. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

Nr. 479. Der Erstattungsanspruch nach § 60 des Versicherungsgesetzes für Angestellte setzt regelmäßig voraus, daß der wesentliche Unterhalt an die anspruchsberechtigten Verwandten der Versicherten bis zu deren Tode fortgewährt worden ist, es sei denn, daß die Versicherte nur vorübergehend durch äußere Umstände an der Fortgewährung der Leistungen verhindert war.

Nr. 480. Als „verfallen" im Sinne des § 213 des Versicherungsgesetzes für Angestellte gelten nur die Beiträge, deren Rückforderung nach § 209 Abs. 2 und 3 des Versicherungsgesetzes für Angestellte ausgeschlossen ist, nicht aber auch die Beiträge, hinsichtlich derer sonst der Anspruch auf Rückerstattung nach § 228 Abs. 2 a. a. O. verjährt wäre.

Nr. 481. Einem Angestellten, der Ende April 1920 die damalige gesetzliche Höchstgrenze der Versicherungspflicht (7000 M.) überschritten hat, steht nicht das Recht zu, gemäß § 5 des Gesetzes vom 31. Mai 1920 (Reichs-Gesetzbl. S. 1144) Befreiung von der eigenen Beitragsleistung zu verlangen.

Nr. 482. Ein Angestellter, dessen Gehalt nachträglich mit rückwirkender Kraft für eine Zeit vor dem 1. Mai 1920 über 7000 M. hinaus erhöht worden ist, kann auf Grund des § 5 des Gesetzes vom 31. Mai 1920 (Reichs-Gesetzbl. S. 1144) nicht Befreiung von der eigenen Beitragsleistung beanspruchen.

Nr. 483. Sind irrtümlich geleistete Beiträge als vermeintliche Pflichtbeiträge geleistet und nach § 208 des Versicherungsgesetzes für Angestellte nicht beanstandet, so begründen sie auch das Recht zur freiwilligen Fortsetzung der Versicherung nach § 15 a. a. O.

Nr. 484. Eine Person, die in einem Betriebe Materialien herauszugeben und nach Verarbeitung wieder in Empfang zu nehmen hat (Schalterschreiber), ist nicht versicherungspflichtig nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte, auch wenn sie die Anforderung und Ablieferung in die Lohnbücher der beteiligten Arbeiter einzutragen hat.

Nr. 485. Ein Wiegemeister, der im Betriebe eines Handelsgewerbes neben dem Abwiegen auch Listen und Bücher zu führen hat, wozu es einer gewissen kaufmännischen Vorbildung bedarf und der

Digitized by Google

daher im Verkehr als kaufmännischer Angestellter (Expedient) angesehen wird, ist versicherungspflichtig nach § 1 Abs. 1 Nr. 3 des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

Berücksichtigung eines Verschuldens der Reichsversicherungsanstalt gegenüber der Beitragspflicht des Arbeitgebers.

Beschluß des **Oberschiedsgerichts für AngestVers.** vom 25. November 1920 (P. 41/20).

In ständiger Rechtsprechung (zu vgl. Entscheid. 136, „AngestVers." 1916 S. 210) hat das Oberschiedsgericht daran festgehalten, daß die Verpflichtung des Arbeitgebers zur Zahlung der vollen Beiträge von der inzwischen erfolgten Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses und einer daraus folgenden Unmöglichkeit des Lohnabzuges gegenüber den Angestellten grundsätzlich nicht berührt wird. An diesem Grundsatz als solchen soll auch festgehalten werden. Es fragt sich nur, ob die Verpflichtung des Arbeitgebers zur Nachentrichtung der Beitragshälften eines früher von ihm beschäftigten Versicherungspflichtigen besteht, wenn infolge Verschuldens der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte der Abzug der Beitragsteile vom Barlohn des Versicherungspflichtigen unterblieben ist. Die Entscheidung des Oberschiedsgerichts vom 19. März 1919 (P. 70/18), „AngestVers." 1919 S. 68 Nr. 342, bejaht auch in diesem Falle die Verpflichtung des Arbeitgebers in dem bezeichneten Umfange, legt also dem Verschulden des Versicherungsträgers keine maßgebliche Bedeutung bei. Bei erneuter Prüfung der Rechtslage vermochte das Oberschiedsgericht an diesem, seinem früheren Standpunkt nicht festzuhalten. Allerdings gibt das Gesetz selbst keine unmittelbare Handhabe für eine andere Auffassung. Indessen führt eine ausnahmslose Haftung des Arbeitgebers für die Beitragsteile des aus der Beschäftigung ausgeschiedenen Versicherungspflichtigen dazu, daß der Schuldner dem Gläubiger gegenüber für dessen Versehen aufzukommen hat. Das Reichsversicherungsamt hat deshalb in der Entscheidung 2327, Amtl. Nachr. 1917 S. 398, für solche Fälle auf dem Gebiete der Krankenversicherung dem Arbeitgeber eines früher beschäftigten Versicherungspflichtigen die Einrede eigenen Verschuldens der Krankenkasse offen gelassen. Es ist dabei davon ausgegangen, daß die in erster Reihe dem Zivilrecht eigentümlichen und dort näher entwickelten Grundsätze über Treu und Glauben im Verkehr auch auf dem Gebiete des sozialen Rechts bei der Erfüllung von Zahlungsverbindlichkeiten für maßgebend zu erachten sind. Das Oberschiedsgericht hat diesen Grundsatz auch für die Angestelltenversicherung übernommen in Würdigung der Härten und Unbilligkeiten, die andernfalls für den Arbeitgeber entstehen. Im vorliegenden Falle ist die Nichteinziehung der Beitragshälften des Versicherungspflichtigen K. vor allem auf ein Verschulden des Versicherungsträgers zurückzuführen. Die Aufnahmekarte Nr. 1 des K. mit dem Antrag auf Befreiung von der eigenen Beitragsleistung nach § 390 des VGfA. ist im September 1912 ausgestellt und am 27. September 1913 der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte zugegangen. Von diesem Zeitpunkt ab war sie in der Lage, sich davon zu überzeugen, daß die Voraussetzungen für die Befreiung nicht vorlagen. Wenn sie gleichwohl erst im Jahre 1917 den Antrag auf Aufhebung der Befreiung des K. von der eigenen Beitragsleistung gestellt hat, so liegt hierin ein schuldhaftes säumiges Verhalten, das durch die Häufung solcher Anträge, wie sie namentlich in der ersten Zeit nach dem Inkrafttreten des Gesetzes vorgekommen sein mag und durch die Schwierigkeiten, welche die Einrichtung der Versicherungsanstalt in den ersten Jahren und der Krieg mit sich brachten, gemildert werden mag, gleichwohl aber in seinen Folgen nicht der Arbeitgeberin zur Last gelegt werden kann. Sein Verhalten ist auch nicht um deswillen anders zu beurteilen, weil er die Voraussetzungen des Befreiungsantrags des Angestellten K. nicht nachgeprüft hat. Es würde eine Übertreibung der billigerweise an die Arbeitgeber zu stellenden Anforderungen sein, wollte man ihnen eine solche Kontrolle der Anträge der Versicherten und ihrer Handhabung durch den Versicherungsträger oder durch die Ausgabestellen zumuten. Das Verlangen der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte auf Nachentrichtung der Beitragsteile durch die Arbeitgeberin ist daher nicht gerechtfertigt.

Sprechsaal.

Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes in der Invalidenversicherung.

Die Unzulänglichkeit der Bekanntmachung des Reichsarbeitsministers (hier Heft 30 S. 592) hat bereits Quatmann hier (Heft 31 S. 601) in verschiedenen Richtungen gekennzeichnet. Einen weiteren Beitrag hierzu bringt eine Zuschrift der Allgem. Ortskrankenkasse für den Kreis Pyrmont, die an alsbald in der Praxis aufgetauchte Zweifel anknüpft. Sie schreibt:

„Wenn jetzt auf Grund des § 1245 Abs. 2 RVO. in der Fassung vom 23. 7. 21 der Herr Reichsarbeitsminister anordnet (am 13. September 21, RGBl. S. 1265), daß als Jahresarbeitsverdienst durch-

Digitized by Google

gängig ein bestimmtes Vielfaches eines bestimmten Lohnabschnittes anzunehmen ist, und die Verordnung dieses im einzelnen ausführt, so mag dieses wohl kurz und einfach erscheinen, den wirklichen Verhältnissen und der oben genannten Grundvorschrift des § 1245 RVO., daß die Lohnklassen sich nach der Höhe des Jahresarbeitsverdienstes richten sollen, wird diese Ausführungsvorschrift aber in sehr vielen Fällen nicht gerecht . . .

Bei wöchentlicher Lohnzahlung soll das Zweiundfünfzigfache als Jahresarbeitsverdienst für die Zuteilung zu den entsprechenden Lohnklassen zugrunde gelegt werden. Nun sind Anfragen von Arbeitgebern des Baugewerbes an uns gelangt, welche darauf hinweisen, daß die von ihnen Beschäftigten durchschnittlich höchstens vierzig Wochen im Jahre arbeiten. Jeder, dem die Verhältnisse im Baugewerbe bekannt sind, weiß, daß dies zutrifft, da das Baugewerbe schon durch elementare Ursachen für bestimmte Zeiten stillgelegt wird. Diese Arbeitgeber glauben deshalb berechtigt zu sein, das Vierzigfache des Wochenverdienstes als Jahresverdienst anzunehmen und hiernach Marken zu verwenden. Es ist die Frage aufgetaucht, ob sich das nach der Bekanntmachung des Arbeitsministers noch rechtfertigen läßt.

Außer diesen Fällen gibt es bei den hiesigen Kurverhältnissen sehr viele Saisonbeschäftigte, die während gewisser Zeiten des Jahres — hier also während der Kurzeit — höhere Verdienste erzielen als sonst. Wie soll hier verfahren werden? Hier müßte doch — im Gegensatz zu der Krankenversicherung, wo die Zuteilung zu den Grundlöhnen auf Grund des Tagesentgelts bzw. der auf die Beitragsabschnitte entfallenden Löhne erfolgt und wie diese wechselt, wo also kein Jahresarbeitsverdienst zugrundegelegt wird — der tatsächliche Jahresverdienst, wenn er sich ermitteln läßt, der Zuteilung zu den Lohnklassen zugrunde gelegt werden. Das neue, durch die Bekanntmachung vom 13. 9. 21 eingeführte Verfahren führt praktisch auch für die Invalidenversicherung hinsichtlich der Zuteilung zu den Lohnklassen den bisher bei der Krankenversicherung bestehenden Zustand ein, ohne daß dieses im Gesetz zum Ausdruck gebracht ist und hiernach auch den beteiligten Kreisen genügend zum Bewußtsein gekommen wäre. Diese leiten deshalb noch mit Recht — aus dem Wortlaut des Gesetzes sowohl als auch aus den amtlichen Bekanntmachungen, die immer mit dem Begriff „Jahresarbeitsverdienst" operieren — die Forderung ab, daß der Zuteilung zu den Lohnklassen nun auch der Jahresarbeitsverdienst zugrunde zu legen sei, der durchaus nicht immer ein Vielfaches eines bestimmten Lohnabschnittes ist.

Die bisherige Fassung der §§ 1245—47 der RVO. und die sich anschließende Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts berücksichtigte Verhältnisse wie die besprochenen in genügender Weise, aber diese Vorschriften sind ja nun leider ausdrücklich beseitigt (§ 1245 Abs. 3 RVO., neue Fassung)." —

Eine baldige Klärung dieser und anderer aus der Änderung der RVO. durch das Gesetz v. 23. 7. 21 und aus der erörterten Bekanntmachung des Reichsarbeitsministers sich ergebender Zweifel erscheint dringend geboten.

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Der Referentenentwurf des Gesetzes über eine vorläufige Arbeitslosenversicherung,

der im Reichs-Arbeitsblatt 1921 S. 839ff. veröffentlicht ist (zu vgl. auch oben S. 641), zielt, wie seine Bezeichnung erkennen läßt, nicht auf endgültige Regelung, sondern auf einen durch die Dringlichkeit gebotenen gesetzgeberischen Versuch ab, über dessen Bewährung oder Änderungsbedürftigkeit erst auf Grund langjähriger Erfahrungen wird geurteilt werden können. Und auch abgesehen von dieser sachlichen Einschränkung seiner Bedeutung ist der vorliegende Entwurf eben nur ein für die Reichsregierung unverbindlicher Entwurf der mit seiner Abfassung betrauten Referenten im Reichsarbeitsamt, der der Öffentlichkeit zur Kritik unterbreitet werden soll, um Material für den „endgültigen" Entwurf einer „vorläufigen" Regelung zu gewinnen. Über den Inhalt des vorliegenden Entwurfs berichtet (a. a. O. S. 982) Ministerialrat O. Weigert. Wir teilen daraus auszugsweise folgendes mit:

Der erste Entwurf einer Arbeitslosenversicherung, den die Reichsregierung in den Jahren 1919 und 1920 aufgestellt hatte, rechnete noch mit einer schnelleren Beruhigung der Wirtschaft und schloß sich deshalb an die bewährten strengen Formen der sozialen Versicherung an. Die Reichsregierung hat bekanntlich im Januar 1921 beschlossen, ihn zurückzustellen. Der Referentenentwurf des Gesetzes über eine vorläufige Arbeitslosenversicherung, der nunmehr der Öffentlichkeit vorgelegt wird, geht andere Wege. Wie in dem Arbeitslosenversicherungsgesetz der Republik Österreich, soll nach dem Entwurf der Aufwand, den die Arbeitslosenversicherung in einem Jahre erfordert, nicht im voraus abgeschätzt und aufgebracht werden. Der Entwurf sieht vielmehr vor, daß ein Drittel dieses Aufwandes durch das Reich, die Länder und die Gemeinden laufend bestritten wird (§§ 62 Ziff. 2, 69, 70), während zwei Drittel nachträglich auf die Arbeitgeber und Arbeitnehmer umgelegt werden (§§ 62 Ziff. 1, 64).

Die Umlegung erfaßt die Arbeitgeber und Arbeitnehmer im ganzen Reich, ohne sie örtlich besonders zusammenzufassen. Auch hierin liegt ein wesentlicher Unterschied gegenüber dem ersten Entwurf der Reichsregierung, der örtliche Kassen und größere Gefahrengemeinschaften bilden wollte. Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, daß die Arbeitslosigkeit vor allem in bestimmten großen Zentren auftritt, während andere weite Bezirke nur wenig von ihr berührt werden. Örtliche Kassen und selbst Gefahrengemeinschaften über ganze Länder hin, man denke etwa an den Freistaat Sachsen, würden deshalb zu einem wesentlichen Teil vom ersten Tage an leistungsfähig sein. Um die Solidarität der Arbeitgeber und Arbeitnehmer nicht zu überspannen, hat die Verteilung der Beitragslast nach § 65 des Entwurfs der Gefahr der Arbeitslosigkeit im Berufe zu entsprechen. Die Anzahl der Gefahrenklassen soll nicht mehr als drei betragen. Wenn von den Dingen ausgegangen wird, wie sie heute liegen, würde vermutlich beispielsweise der Bergarbeiter in der günstigsten, der Bauarbeiter in der ungünstigsten dieser drei Klassen zu suchen sein.

Für die Einziehung der Beiträge soll keine neue Organisation geschaffen werden. Die Arbeit-

Digitized by Google

geber haben vielmehr die Beiträge für ihre Arbeitnehmer nach den Vorschriften der Krankenversicherung und gleichzeitig mit den Beiträgen für diese an die Krankenkassen einzuzahlen (§ 68). Eine Aufgabe von besonderer technischer Schwierigkeit ergibt sich aus der Forderung, daß die Mittel, die bei den Kassen eingehen, auf dem schnellsten und kürzesten Wege dorthin gebracht werden, wo die Leistungen der Arbeitslosenversicherung zu bewirken sind. Der Entwurf gibt in den Vorschriften über das Ausgleichsverfahren (§§ 73—78) nur den Rahmen, in dem diese Aufgabe zu lösen ist. Alles Nähere wird den Ausführungsvorschriften zufallen müssen, die sich gerade in diesem Punkte eng an die besonderen Verhältnisse der einzelnen deutschen Länder anzupassen haben.

Von den weiteren Gründen, die gegen jede Form der öffentlichen Arbeitslosenhilfe, vor allem aber gegen die Arbeitslosenversicherung geltend gemacht werden, verdient noch ein zweiter nach den Erfahrungen der Erwerbslosenfürsorge besonders ernste Beachtung. Die Leistungen der Arbeitslosenversicherung dürfen einem Arbeitslosen nur zuteil werden, wenn sein Arbeitswille außer Zweifel steht. Das beste Mittel, um den Arbeitswillen zu prüfen, ist das Angebot von Arbeit. In den Zeiten wirtschaftlicher Krisis ist es aber naturgemäß schwer, in den Zentren der Arbeitslosigkeit Arbeit in ausreichendem Maße anzubieten. Diese Schwierigkeiten vermindern sich, je besser die Arbeitsvermittlung ihre Aufgaben erfüllt. Auch die Notstandsarbeiten haben gerade als Prüfstein für die Arbeitswilligkeit der Arbeitslosen ihre besondere Bedeutung. Immerhin wird sich der Mangel ausreichenden Angebotes von Arbeit nicht überall und immer überwinden lassen, und hierin liegt unzweifelhaft eine ernste Gefahr für die Arbeitslosenhilfe. Um so mehr fällt es ins Gewicht, daß die Arbeitslosenversicherung den Arbeitswillen noch auf einem zweiten Wege nachprüfen kann. Anders als eine reine Erwerbslosenfürsorge gewährt die Versicherung grundsätzlich ihre Leistung nur dann, wenn der Versicherte schon während eines gewissen Zeitraumes Beiträge geleistet und also Arbeit getan hat. Auch der Entwurf stellt diese Voraussetzungen in seinem § 13 auf. Damit wird die Prüfung des Arbeitswillens, die in erster Linie durch das Angebot von Arbeit zu erfolgen hat, wirksam ergänzt.

Schon weil das Angebot von Arbeit den wichtigsten Prüfstein für den Arbeitswillen bildet, vor allem aber, weil das oberste Ziel jeder Arbeitslosenhilfe die Beendigung der Arbeitslosigkeit ist, muß der Arbeitsnachweis im Mittelpunkt der Arbeitslosenversicherung stehen. Auch der erste Entwurf der Reichsregierung hatte ihm einen bedeutungsvollen Platz in der Organisation der Arbeitslosenversicherung eingeräumt. Der vorliegende Entwurf macht ihn zum Träger des Verfahrens (§§ 36—45). Die Mitverantwortung der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer, auf deren entscheidende Bedeutung eingangs hingewiesen wurde, kommt in den Verwaltungsausschüssen der örtlichen Arbeitsnachweise und der Landesämter für Arbeitsvermittlung und in dem Verwaltungsrat des Reichsamts zum Ausdruck. Diese Ausschüsse und der Verwaltungsrat sind auch die Instanzen des Beschwerdeverfahrens, das in den §§ 46—49 geordnet ist.

Nur soweit die Pflicht zur Versicherung zweifelhaft ist, und auf dem Gebiete des Beitragsverfahrens liegt die Entscheidung den Organen und Gerichten der Krankenversicherung ob (§§ 5 und 68 Abs. 2), und zwar schon deshalb, weil der Personenkreis der Arbeitslosenversicherung grundsätzlich mit dem der Krankenversicherung zusammenfällt (§ 2 Abs. 1). Der Personenkreis der Krankenversicherung wird nirgends überschritten, dagegen im einzelnen nicht überall erreicht. Bedeutungsvoll ist vor allem, daß nach § 2 Abs. 2 eine Beschäftigung in der Land- oder Forstwirtschaft und in häuslichen Diensten versicherungsfrei ist, weil keine merkbare Gefahr der Arbeitslosigkeit mit ihr verbunden ist. § 13 Abs. 2 trifft Vorsorge dafür, daß der Übergang städtischer Arbeitskräfte in die Landwirtschaft durch diese Befreiung nicht verhindert wird. Außerdem sind einige Arbeitergruppen, die einer Versicherung gegen Arbeitslosigkeit noch unüberwindliche Schwierigkeiten bereiten werden, wie die unständig und im Wandergewerbe Beschäftigten, vorläufig noch nicht einbegriffen werden.

Die Versicherten haben Anspruch auf Arbeitslosenunterstützung, wenn sie arbeitsfähig, arbeitswillig, aber unfreiwillig arbeitslos sind und wenn sie die Wartezeit erfüllt, aber den Anspruch noch nicht erschöpft haben (§ 7). Wer sich ohne berechtigten Grund weigert, Arbeit anzunehmen, hat für vier Wochen keinen Anspruch auf Arbeitslosenunterstützung (§ 9), ebenso, wer sich ohne berechtigten Grund weigert, sich einer Berufsumschulung zu unterziehen, die ihm die Aufnahme von Arbeit erleichtern würde (§ 10). Was als berechtigter Grund anzusehen ist, wird in § 9 ausschließend bestimmt. Nach § 9 Abs. 2 Ziff. 2 und Abs. 3 kann der Versicherte nur in den ersten acht Wochen seit Beginn der Unterstützung geltend machen, daß die Arbeit oder die Ausbildung ihm nach seiner Vorbildung oder seiner früheren Tätigkeit nicht zugemutet werden kann. Weiterhin kann er sie aus diesem Grunde nur noch verweigern, wenn er nachweist, daß die Ausübung ihm erhebliche Nachteile für sein späteres Fortkommen bringen würde (§ 9 Abs. 3). Dem entspricht es, wenn nach § 40 Abs. 2 die Meldung bei dem Arbeitsnachweise, zu der jeder Arbeitslose nach § 40 Abs. 1 dreimal wöchentlich verpflichtet ist, nach Ablauf von acht Wochen nicht auf die Fachabteilung oder den Facharbeitsnachweis beschränkt bleiben darf, der der Arbeitslose seinem Berufe nach angehört.

Die Wartezeit ist erfüllt, wenn der Versicherte in 24 Monaten für 26 Wochen Beiträge geleistet hat (§ 13). Der Anspruch ist erschöpft, wenn innerhalb der letzten 24 Monate Arbeitslosenunterstützung für insgesamt 26 Wochen bereits gewährt ist (§ 14). Diese Vorschriften können für die nächsten Jahre offenbar nicht in ihrer vollen Strenge durchgeführt werden, wenigstens nicht in Orten oder in Berufsgebieten, die besonders schwer von wirtschaftlichen Nöten betroffen werden. Der Anspruch auf Arbeitslosenunterstützung kann allerdings nur gewährt werden, wenn sie erfüllt sind. Der § 85 des Entwurfs sieht aber vor, daß unter gewissen Voraussetzungen eine Unterstützung gewährt werden kann, wenn diese Voraussetzungen nicht gegeben sind. Der Ton liegt hierbei auf dem Worte „kann". Es handelt sich hier nicht um ein Recht, sondern um einen Akt der Fürsorge, die mit den Mitteln der Arbeitslosenversicherung geübt wird. Deshalb darf die Unterstützung nach § 85 Abs. 3 nur insoweit gewährt werden, als der Arbeitslose bedürftig ist, ein Gesichtspunkt, der für die Anspruchsberechtigung völlig ausscheidet. Auch ist die Leistung nach § 85 Abs. 4 grundsätzlich geringer als die Unterstützung, die die Anspruchsberechtigten erhalten. Sie ist in ihrer Dauer auf 26 Wochen im Höchst-

Digitized by Google

falle beschränkt. Die gleiche Fürsorge kann ausnahmsweise auch Personen zuteil werden, die bisher nicht in einer versicherungspflichtigen Beschäftigung gestanden haben. Es ist hier an die geistigen Arbeiter und an die Personengruppen des kleinen Mittelstandes gedacht, die durch die Verhältnisse auf den Arbeitsmarkt gedrängt worden sind. Es handelt sich dabei nur um eine geringe Zahl von Personen, von denen viele heute schon in der Erwerbslosenfürsorge stehen und nicht ohne unbillige Härten aus ihr ausgeschieden werden können.

Die Fürsorge, die durch den § 85 in das System der Arbeitslosenversicherung eingeführt wird, soll nach § 85 Abs. 5 mit dem 1. Januar 1925 außer Kraft treten.

Die Leistungen, die die Arbeitslosenversicherung den Versicherten gewährt, gliedern sich in die Arbeitslosenunterstützung, die Versorgung für den Fall der Krankheit und die Kurzarbeiterunterstützung (§ 6). Die Arbeitslosenunterstützung besteht aus der Hauptunterstützung und den Familienzuschlägen (§ 15 Abs. 1). Ihre Höhe wird von dem Reichsarbeitsminister mit Zustimmung eines Reichstagsausschusses festgesetzt. Die Unterstützungen müssen nach dem Geschlecht, nach dem Lebensalter und nach der Klasse, der der Ort für die Ortszulagen der Reichsbeamten angehört, abgestuft werden (§ 17 Abs. 1). In keinem Falle darf ein Versicherter mehr erhalten als drei Viertel des Arbeitsverdienstes, den er zuletzt bezogen hat (§ 17 Abs. 3). Die Beiträge werden nach § 65 Abs. 1 wie die Leistungen abgestuft, daneben steht die Abstufung nach Gefahrenklassen, die schon oben erörtert wurde.

In der Krankenversorgung der Arbeitslosen (§§ 27—33) und in der Kurzarbeiterunterstützung (§§ 34, 35) folgt der Entwurf den Vorschriften, die jetzt in der Erwerbslosenfürsorge gelten.

Über ihre eigentlichen Leistungen hinaus können die Mittel der Arbeitslosenversicherung aber auch verwendet werden, um Maßnahmen zur Verhütung und Beendigung der Arbeitslosigkeit zu unterstützen. Damit beschäftigt sich der 4. Abschnitt des Entwurfs (§§ 53—61). Es handelt sich dabei einmal um Maßnahmen, die der Arbeitsvermittlung dienen. Insbesondere soll die Annahme auswärtiger Arbeit erleichtert werden (§§ 54—56), dem Arbeitslosen soll zu einer Arbeitsausrüstung verholfen (§ 57), es soll seine Umschulung für einen neuen Beruf gefördert werden (§§ 58, 59). Darüber hinaus soll auch die produktive Erwerbslosenfürsorge als „wertschaffende Arbeitslosenfürsorge" fortgeführt werden (§ 61). Der Betrag, der für diesen Zweck verwendet werden soll, wird vom Reichsarbeitsminister mit Zustimmung eines Reichstagsausschusses alljährlich festgesetzt (§ 61 Abs. 6). Es ist gerechtfertigt, daß die Mittel der Arbeitslosenversicherung hierfür eingesetzt werden, wenn der Grundsatz der produktiven Erwerbslosenfürsorge festgehalten wird, daß ihre Leistungen sich nach der Ersparnis an Unterstützungen bestimmen.

Der Entwurf bringt mit einer Ausnahme (§ 60) Bestimmungen über die Verhütung und Beendigung der Arbeitslosigkeit nur, soweit Mittel der Arbeitslosenversicherung dafür aufgewendet werden können. Andere Vorschriften, die dem gleichen Zwecke dienen, wie die Verordnung betreffend Maßnahmen gegenüber Betriebsabbrüchen und -stilllegungen vom 8. November 1920 (Reichs-Gesetzbl. S. 1901) und der § 12 der Verordnung über die Einstellung und Entlassung von Arbeitern und Angestellten vom 12. Februar 1920 (Reichs-Gesetzbl. S. 218) werden, wenn sie über das Ende der Demobilmachungsbefugnisse hinaus fortgeführt werden sollen, eine besondere gesetzliche Grundlage finden müssen.

Fortbildungskurse für die Angestellten der Versicherungsträger.

Die Arbeitsgemeinschaft der Sozialversicherungsträger in Berlin (Berliner Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Landesversicherungsanstalten, Reichsversicherungsanstalt) hat am 31. August die Einrichtung von Fortbildungskursen für die Angestellten der Reichsversicherungsträger beschlossen. Als Vorbereitung für einen späteren Ausbau der Kurse soll zunächst zum Herbst d. J. mit einleitenden Vortragskursen zu je 4 Doppelstunden über die nachstehenden Gebiete begonnen werden:

1. Krankenversicherung. Ref.: Geheimer Justizrat Hahn.
2. Unfallversicherung. Ref.: Universitätsprofessor Dr. Kaskel.
3. Invalidenversicherung. Ref.: Landesrat Dr. Brunn.
4. Angestelltenversicherung. Ref.: Regierungsassessor Denecke.
5. Militärversorgungsgesetz. Ref.: Direktor Julius Cohn.
6. Allgemeine Wohlfahrtspflege. Ref.: Direktor Albert Kohn.
7. Heilverfahren der Reichsversicherungsträger (Führung durch Heilanstalten). Ref.: Dr. med. Zander.
8. Sozialhygiene. Ref.: Professor Dr. Chajes.
9. Gemeinschaftsarbeit der Träger der Sozialversicherung. Ref.: Syndikus Dr. Boywidt.

Die Kurse sind als möglichst geschlossener Einführungszyklus gedacht, damit die Angestellten der einzelnen Gruppen Gelegenheit haben, in einem vollständigen Abriß auch das Gebiet der anderen Versicherungsträger kennenzulernen.

Als Vorlesungsräume kommen hauptsächlich die Aulen des Köllnischen Gymnasiums in der Inselstraße und des Sophiengymnasiums in der Weinmeisterstraße in Frage. Die Hörgebühr ist im Einverständnis mit den Angestelltenverbänden auf 10 M. für jede Vortragsgruppe festgesetzt.

Verbandstag der Landesversicherungsanstalten.

Am 5. und 6. Oktober fand der zweite ordentliche Verbandstag des Verbandes Deutscher Landesversicherungsanstalten in Würzburg unter sehr zahlreicher Beteiligung statt. Der Vorsitzende, Geh. Regierungsrat Dr. Schroeder (Kassel) erstattete den Jahresbericht und hob dabei hervor, daß und wie es bei dem Zustandekommen des Gesetzes vom 23. Juli 1921 gelungen sei, die wesentlichsten Wünsche des Verbandes zur Geltung zu bringen.

Einen allgemeinen Überblick über die Durchführung und Auswirkung des Gesetzes gab sodann der Verbandssyndikus Landesrat Görling (Kassel). Da das Gesetz eine grundlegende Änderung für die Berechnung der Renten gebracht habe, habe die versteckte und zunächst bezweifelte Bestimmung, wonach das Gesetz nicht nur am 1. Oktober in Kraft träte, sondern bereits vom Tage der Verkündung ab, den 3. August 1921 anzuwenden sei, ganz besondere Schwierigkeiten bereitet. Wenn auch das Gesetz durch die Erhöhung der Beiträge die Möglichkeit biete, die

Digitized by Google

Versicherungsanstalten wieder zu sanieren, so sei doch zur praktischen Erreichung eine tatkräftige Kontrolle der Beitragspflichtigen nötig. Der allgemeine Wunsch des Dresdner Verbandstages, die Sätze der Lohnklassen möchten wegen der Zahl der Arbeitstage durch 300 teilbar sein, sei leider nicht in allen Fällen erreicht, so bei den Lohnklassen C und D. Für die Einreihung in die einzelnen Lohnklassen sei nunmehr der wirkliche Jahresarbeitsverdienst maßgebend, wie dies in Gemäßheit des § 1245 Abs. 2 durch die Bek. des Reichsarbeitsministers vom 13. September d. J. festgelegt sei. Diese werden in der Praxis manche Schwierigkeiten auslösen und nach Sammlung praktischer Erfahrungen ausgebaut werden müssen.

Über die Kosten der Bekämpfung der Geschlechts-Krankheiten erstattete sodann Geh. Regierungsrat Dr. Althoff (Münster) und Landesrat Schellmann (Düsseldorf) einen ausführlichen Bericht. Die Kosten für Beratung und Behandlung der Geschlechtskranken seien so außerordentlich gestiegen, daß die Versicherungsanstalten ernstlich an einen Abbau dieser Maßnahmen zur Bekämpfung einer Volkskrankheit denken müßten, falls ihnen nicht von anderer Seite namhafte Beträge zufließen würden. Es sei anzustreben, daß außer den Gemeinden und Staaten auch das Reich sich an der Kostentragung beteilige; in diesem Sinne wurde vom Verbandstag eine Entschließung gefaßt, nachdem Präsident Dr. Kaufmann (Berlin) mitgeteilt hatte, daß nach ihm gewordenen Nachrichten das Reich zu einer Beteiligung geneigt sei.

Betreffs der Feuerversicherung der von den Versicherungsanstalten beliehenen Häuser legte Geh. Regierungsrat Mölle (Merseburg) dar, daß die jetzige Höhe der Preise für Baumaterial und Arbeitslöhne die Wiederherstellung eines durch Brand zerstörten oder beschädigten Gebäudes in der früheren Art durch die von der Feuerversicherung gezahlte Entschädigung nur zulasse, wenn eine ausreichende Erhöhung der Versicherung gegenüber dem Friedensstande stattgefunden habe. Er führte aus, wie das zu ermöglichen sei.

Am zweiten Verhandlungstag wurde nach einem Bericht des Geh. Regierungsrats Dr. Liebrecht (Hannover) einstimmig eine Entschließung gefaßt, wonach der Verband in der Entziehung der Fahrpreisermäßigung auf Eisenbahnen eine die erkrankten Versicherten schwer schädigende Maßnahme erblickt — was näher ausgeführt wurde.

Über die Übernahme des Heilverfahrens für Kriegsbeschädigte gab sodann Landesrat Kraß (Münster) eine treffende Darstellung. Es sei nicht zu billigen, daß das Reichsarbeitsministerium die zwecks Beseitigung der Zuständigkeitsfrage früher aufgestellten Richtlinien mit dem 31. März d. J. infolge des Reichsversorgungsgesetzes als aufgehoben bezeichnet hätte. Nachdem der anwesende Vertreter des Reichsarbeitsministeriums mitgeteilt hatte, daß das Ministerium sich ganz kürzlich zu einem anderen Standpunkt bekannt habe, wurde beschlossen, baldmöglichst in Verhandlungen mit dem Reichsarbeitsministerium einzutreten.

Vom Reichspostministerium sind, wie Landesrat Görling (Kassel) darlegte, Erhebungen zu dem Zweck eingeleitet, daß ihm die Kosten für die Auszahlung der Sozialrenten von anderer Seite zwecks Entlastung des Posthaushaltes erstattet würden. Das würde eine solch wesentliche Erhöhung der Verwaltungskosten bedeuten, daß diese keinesfalls von den Versicherungsanstalten getragen werden könnten; es bestehe aber dennoch die nicht zu unterschätzende Gefahr, daß schließlich doch die Versicherungsträger mit diesen Kosten belastet werden könnten. Hiergegen nahm der Verbandstag einmütig Stellung in der Erwägung, daß die Kostenlosigkeit der Auszahlung der Sozialrenten nach der Begründung zur RVO. als die gesetzlich gewollte und notwendige Unterstützung der Versicherungsträger durch das Reich bei Erfüllung ihrer im allgemeinen öffentlichen Interesse liegenden Wirksamkeit bedeute.

Wegen der Erhöhung der Gebühren im Einzugsverfahren und für die Ausstellung und den Umtausch von Quittungskarten haben die Verhandlungen mit den Kassenvorständen zu keinem Ergebnis geführt, da die Krankenkassen viel zu weitreichende Forderungen erhoben hätten, nachdem die Landes-Versicherungsanstalten Sätze vorgeschlagen hätten, die das Sieben- bis Zehnfache der im Jahre 1913 gezahlten Sätze ausmachten. Unter diesen Umständen sprach sich der Verbandstag entsprechend dem Berichte des Präsidenten Neumann (Darmstadt) und des Landesrates Görling (Kassel) einmütig dahin aus, daß die weitergehenden Forderungen der Krankenkassen abgelehnt werden müßten.

Schließlich erörterte Präsident Fräßdorf (Dresden) die Frage der Einrichtung von Krankenräten oder Patientenausschüssen. Einstimmig wurden folgende Richtlinien angenommen:

1. Das Recht, Klagen über Einrichtung und Maßnahmen seiner Heilstätte vorzubringen, ist jedem Heilstättenpfleglings unbenommen. Gemeinsame Beschwerden durch Beauftragte oder Massenbeschwerden haben sich als den Heilerfolg gefährdend erwiesen und sind deshalb unzulässig.
2. Dem Verlangen von Heilstättenpfleglingen und ihrer Organisationen auf Wahl von mitbestimmenden Krankenräten, Ausschüssen, Vertrauensleuten u. dgl. kann im Interesse der Kranken selbst nicht entsprochen werden, weil nach allseitigen Erfahrungen dadurch der Kurerfolg völlig in Frage gestellt wird. Das Betriebsrätegesetz findet auf Kranke in Heilstätten keine Anwendung.
3. Für jede Heilstätte soll das Beschwerdeverfahren dergestalt geordnet werden, daß soweit möglich auch gewählte Vertreter der Versicherten (Vorstands- oder Ausschußmitglieder) bei Erledigung der Beschwerden mitwirken.

Allgemeine Ruhegehaltsversicherung Deutscher Krankenkassen, Sitz Weimar.

Gemäß dem Beschlusse der diesjährigen Jahresversammlung in Braunschweig vom 25. August haben die Verhandlungen mit dem Versicherungsverein Deutscher Krankenkassen (Sitz Berlin) stattgefunden. Sie führten zu dem Ergebnis, daß der am 6. Dezember in Leipzig tagenden außerordentlichen Mitgliederversammlung eine neue Satzung vorgelegt werden wird. Durch sie wird ein Zusammenschluß der beiden Anstalten möglich. Der Charakter als öffentlich-rechtliche Anstalt bleibt gewahrt, und das Thüringische Wirtschaftsministerium in Weimar führt die Staatsaufsicht weiter.

Allen Orts-, Land-, Innungs-, Betriebs- und Ersatzkassen steht der Beitritt frei. Es sind alle Erfahrungen, die man bisher in der Pensionsfrage gemacht hat, berücksichtigt worden. Man ist davon ausgegangen, daß die Zusammenlegung der beiden Anstalten sehr im Interesse der Kassenbeamten liege,

Digitized by Google

schon insofern, als der Wechsel ihrer Stellungen dadurch nicht mehr erschwert wird, daß die Beiträge erst an die andere Ruhegehaltseinrichtung gezahlt werden müssen. — Durch die Zusammenlegung erreicht das Vermögen der Anstalt rund 3½ Millionen Mark.

Schrifttum.

Die Reichsversicherungsordnung in ihrer jetzigen Fassung und die zu ihrer Ausführung oder Änderung ergangenen Vorschriften. Von Geh. Regierungsrat Dr. H. Schulz, Ministerialrat im Reichsarbeitsministerium. Berlin 1921, bei Reimar Hobbing. 523 Seiten. Preis: geb. 52 M.

Das Vorwort lautet: „Die RVO. ist durch zahlreiche sie und sich selbst ändernde und ergänzende Novellen unübersichtlich geworden, so daß ihre praktische Handhabung außerordentlich erschwert ist. Diesen Übelstand will dieses Buch mildern. Es gibt die RVO. und die zu ihr ergangenen reichsrechtlichen Gesetze, Verordnungen, Bekanntmachungen und Bestimmungen in ihrer jetzigen Fassung unter Kenntlichmachung der Änderungen durch lateinischen Druck wieder. Was keine Bedeutung mehr hat, ist fortgelassen. Die Novellen sind erläutert. Auf die wechselseitigen Beziehungen der einzelnen Vorschriften ist hingewiesen. Für die Praxis besonders wichtige oberstrichterliche Entscheidungen sind angeführt. Auf bevorstehende Änderungen ist hingewiesen. Ein systematischer Überblick über die Änderungs- und Ergänzungsvorschriften ist vorausgeschickt. Ein ausführliches Sachregister erleichtert die Verwendbarkeit des Buches."

Mit diesen schlichten Worten hat der Verfasser selbst seine fleißige, sorgfältige und umsichtige Arbeit hinreichend klar gekennzeichnet. Ihr Wert für jeden Praktiker ist daraus ohne weiteres ersichtlich. Die innere Anlage und die äußere Gestaltung des Buches machen es zu einem zuverlässigen Führer durch den Irrgarten des so arg zerklüfteten Gesetzes. Weitere Änderungen stehen allerdings teils unmittelbar bevor, teils in entfernterer Aussicht. Der Verlag beabsichtigt aber, von Zeit zu Zeit Änderungen der RVO. in Nachträgen herauszugeben, die zum Einkleben in das Buch geeignet sind und es so auf dem laufenden erhalten (je 16 Seiten zum Preise von etwa 1,50 M. zuzüglich Porto).

Kündigung und Entlassung nach geltendem Recht. Von Privatdozent Dr. Alfred Hueck. Stuttgart 1921 bei J. Heß. 168 Seiten. Preis 18 M.

Diese systematische Darstellung der für das Kündigungswesen geltenden Bestimmungen für Unternehmer, Angestellte und Arbeiter will vor allem ein Wegweiser für die Praxis sein, wird aber bei der Gründlichkeit, mit der der kenntnisreiche und als Schriftsteller im Gebiete des Arbeitsrechts schon bewährte Verfasser seinen Stoff behandelt, auch der wissenschaftlichen Erfassung und der in Aussicht stehenden umfassenden Regelung des Arbeitsrechtes dienen. Wird, wie zu erwarten, eine neue Auflage des Buches erforderlich werden, so möchten wir eine Ergänzung durch Berücksichtigung der §§ 354, 705 RVO., die wir vermissen, empfehlen.

Arbeitsrecht und Arbeiterschutz, einschließlich der Versorgung und Fürsorge für die Kriegsopfer. Dargestellt von den Ministerialräten Dr. Glaß, Dr. Kaphahn, Kerschensteiner, dem Regierungsrat Kuttig, den Ministerialräten Dr. Leymann, Dr. Ponfick, Dr. Schulz, Dr. Sitzler, Dr. O. Weigert. Berlin 1921 bei Reimar Hobbing. 467 Seiten. Preis geb. 45 M.

Die Schrift setzt sich die Aufgabe, die Denkschrift über die sozialpolitischen Maßnahmen der Reichsregierung seit dem 9. November 1918, die der Reichsarbeitsminister Bauer im März 1919 der Nationalversammlung vorgelegt hat (hier besprochen im Jahrg. 1919 S. 397), bis auf die Gegenwart fortzuführen. Noch jetzt ist bekanntlich die sozialpolitische Gesetzgebung bei weitem nicht abgeschlossen, sondern die Regelung weiter, wichtiger Gebiete hat einstweilen erst in Gesetzentwürfen Gestalt gewonnen oder befindet sich sogar noch im Stadium der Erwägungen und Vorarbeiten, so insbesondere das in Aussicht genommene große Gesetzbuch der Arbeit, in welchem die Fülle der Einzelgesetze aufgehen soll. Aber auch dann wird, wie im Vorwort der Schrift mit Recht bemerkt ist, die sozialpolitische Gesetzgebung der Uebergangszeit nicht ohne Bedeutung sein, da sie einer Fülle von Rechtsgedanken, denen die Zukunft gehört, zum ersten Male die gesetzliche Form gegeben hat und da die Erfahrungen, die in ihr und an ihr gesammelt worden sind, von dauerndem Wert für die Entwicklung und für das Verständnis des deutschen Arbeitsrechts bleiben. — Hierin liegt auch der bleibende Wert des Buches. Der wohldurchdachten zusammenfassenden Darstellung ist in einer Anlage, die weitaus den größeren Teil des Buches füllt, der vollständige Abdruck der von ihr erfaßten Gesetze und Verordnungen angeschlossen. Die übersichtliche Stoffanordnung, das ausführliche Sachregister, der Druck und die Ausstattung des Buches sind mustergültig.

Entscheidungen und Mitteilungen des Reichsversicherungsamts, herausgegeben von Mitgliedern dieses Amtes. 12. Band. Berlin 1921, Verlag von Behrend u. Co. XV und 467 Seiten. Preis 48 M., für Bezieher der „Amtl. Nachr. der RVO." 38,50 M.

Da Art und Bedeutung dieser wertvollen Sammlung hier schon oft hervorgehoben worden sind (zuletzt z. B. 1919 S. 117, 657 und 1920 S. 635), mag es genügen, das Erscheinen des neuesten Bandes kurz anzuzeigen. Er umfaßt wieder nicht nur die grundsätzlichen, sondern auch andere wichtige Entscheidungen des Reichsversicherungsamts und der Landesversicherungsämter, im ganzen 141 Entscheidungen, ferner unter „Mitteilungen" 10 Bescheide über wichtige Zweifelsfragen, endlich 9 ausführliche, sehr interessante Obergutachten über den ursächlichen Zusammenhang gewisser Erkrankungen und Todesfälle mit Betriebsunfällen.

Digitized by Google

Beantwortung von Anfragen.

Rechtsauskünfte aus unserem Arbeitsgebiet erteilen wir den Beziehern unserer Zeitschrift bereitwillig, ohne indessen eine Verpflichtung oder eine zivilrechtliche Haftung zu übernehmen. Für schriftliche Auskunft wird Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten, und zwar auch dann, wenn nur Bescheid durch die Zeitschrift erbeten, die Sache aber zur Veröffentlichung an dieser Stelle nach unserem Ermessen nicht geeignet ist.

Ersatzpflicht der Krankenkasse für ein Heilverfahren der Landesversicherungsanstalt.

1. **Nach Remscheid.** Antwort: Wenn während eines von der Versicherungsanstalt veranlaßten Heilverfahrens in einer Heilanstalt die Notwendigkeit einer zahnärztlichen Behandlung zutage tritt, so hat die Versicherungsanstalt dem Kranken auch diese Behandlung zu gewähren, soweit dies außerhalb der Heilanstalt Pflichtsache der Krankenkasse wäre (§ 1518 Abs. 1 Satz 1); in denselben Grenzen aber hat die Kasse dann der Versicherungsanstalt Ersatz zu leisten (Abs. 2 a. a. O.), ohne Rücksicht darauf, daß die zahnärztliche Behandlung nicht vom Kassenarzt, sondern von den Anstaltsärzten angeordnet und durchgeführt worden ist; denn diese Anordnung und Durchführung war eben nur ein Teil des Heilverfahrens der Versicherungsanstalt und stand daher lediglich ihr, nicht der Kasse zu.

Zur Frage der Gültigkeit einer Vorstandswahl, die von dem neugewählten, noch nicht ins Amt getretenen Ausschuß vollzogen ist.

2. **Nach Bad Pyrmont.** Antwort: Wir verweisen auf die nachstehende Auskunft und bemerken im übrigen: Der mit Unrecht von dem neugewählten Ausschusse, vor Ablauf der Wahlzeit des bisherigen Ausschusses, gewählte Kassenvorstand hat die Geschäfte zu übernehmen, sobald die Wahlzeit des bisherigen Vorstandes abgelaufen ist, und hat sie fortzuführen, solange nicht seine Wahl mit Erfolg angefochten, das heißt: für ungültig erklärt ist. Die Anfechtung an sich hat keine aufschiebende, der Übernahme der Vorstandsgeschäfte entgegenstehende Wirkung. Zu vgl. Hahn, Handb. der KrVers. Anm. 3 Abs. 2 zu § 33 RVO.

Wahl des Vorstandes einer Krankenkasse durch den alten oder durch den neuen Ausschuß.

3. **Nach Stade.** Antwort: Wie von Ihnen, so ist auch in zahlreichen anderen Zuschriften unserer Auffassung in den Auskünften in Heft 28 S. 557 Ziff. 1 und Heft 30 S. 598 Ziff. 1 zugestimmt und nur auf gewisse praktische Unzuträglichkeiten hingewiesen worden. Sie scheinen aber in einem Punkte sich in einem Irrtum zu befinden. Der neu gewählte, am 1. Januar ins Amt tretende Ausschuß hat nur die Wahl des Vorstandes zu vollziehen. Die Vorbereitung, Leitung und Durchführung des Wahlverfahrens aber ist Sache des bisherigen Vorstandes (§§ 23ff. der Muster-Wahlordg. f. Ortskrankenkassen). Nur der bisherige Vorstand, nicht der Ausschuß, hat auch die Pflicht, einen eigenen Wahlvorschlag für die Wahl des neuen Vorstandes aufzustellen (§ 25 mit § 7 a. a. O.). Abgesehen hiervon, können Wahlvorschläge nur von „Wahlberechtigten" der beiden Gruppen eingereicht werden, und wahlberechtigt sind bei der Vorstandswahl allerdings nur die Vertreter der Arbeitgeber und die Versicherten im Ausschuß (§ 335 RVO.); das sind, solange die Wahlzeit noch nicht abgelaufen ist, die Mitglieder des bisherigen Ausschusses. Diese sind aber nicht verpflichtet, sondern nur berechtigt, sich nach freiem Ermessen in der erforderlichen Zahl (§ 25 Abs. 1 Muster-Wahlordg.) zur Einreichung von Wahlvorschlägen zu vereinigen. Machen sie hiervon Gebrauch, so können allerdings die mit dem 1. Januar ins Amt eintretenden, zur Wahl des neuen Vorstandes berufenen Ausschußmitglieder in Verlegenheit geraten, wenn sie keinem der Vorschläge zustimmen mögen. So könnte leicht ein Vorstand gewählt werden, der nicht von dem Vertrauen des neuen Ausschusses getragen ist. Will man dies vermeiden, so bleibt nichts übrig, als die Wahl des neuen Vorstandes noch weiter in das Jahr 1922 hinein zu verlegen, so daß nicht nur die im § 334 RVO. bestimmte Frist sich in dieses Jahr hinein erstreckt, sondern auch die Mitglieder des neuen Ausschusses die Möglichkeit haben, innerhalb der im § 5 Abs. 1 (§ 24) der Musterwahlordg. bestimmten Frist Wahlvorschläge einzureichen. Am zweckmäßigsten aber — darin stimmen wir Ihnen bei — wäre es, wenn der Gesetzgeber bestimmte, daß die Vorstandswahl von dem neugewählten Ausschuß zu vollziehen ist, auch wenn die Wahlzeit des bisherigen Ausschusses noch nicht abgelaufen ist.

a) **Krankenhilfe für bereits beim Eintritt des Versicherten kranke Angehörige.** b) **Anwendung des § 188 RVO. bei Hinzutreten eines Betriebsunfalls zur bisherigen Krankheitsursache.** c) **Krankengeld für Lehrlinge ohne Entgelt bei Betriebsunfällen.**

4. **Nach Hamburg.** Antwort: a) Wir halten die Auskunft in ArbVers. 1920 S. 16 Ziff. 2 aufrecht. Auch die Bezugnahme auf die Entscheidung des preuß. OVG. in ArbVers. 1912 S. 312 trifft wenigstens insofern zu, als diese Entscheidung wesentlich mit darauf beruht, daß die Satzung Familienhilfe nicht für den Fall der „Krankheit", sondern für den Fall der „Erkrankung" von Familienangehörigen vorsah und somit zum Ausdruck brachte, daß die Unterstützung nicht auch bei Krankheiten gewährt werden solle, die bereits beim Beginn der Kassenmitgliedschaft des Versicherten bestanden. Allerdings zieht die Entscheidung zugleich in Betracht, daß die Versicherung „ihrem Wesen nach" nur gegen künftige Übel bestehe, daß ihr Gegenstand also „in der Regel" eine Krankheit sei, die nach Beginn der Versicherung bestehe. Dies aber steht mit anerkannten Rechtsgrundsätzen sowohl des alten Rechts wie der RVO. im Widerspruch (zu vgl. Hahn in ArbVers. 1913 S. 843ff.).

b) Daß und inwiefern unsere Auskunft im Heft 27 S. 538 Ziff. 15 unklar sei und daß die beiden letzten Sätze sich widersprechen sollen, haben Sie zu begründen vergessen. Die Unklarheit liegt bei Ihnen, nicht bei uns. Wir haben gesagt und begründet, daß, wenn im Laufe der nach § 188 RVO. auf 13 Wochen beschränkten Krankenhilfe eine neue Krankheitsursache hinzutritt, welche besondere Maßnahmen der Krankenhilfe erfordert, der Grund für die Beschränkung der Leistung gemäß § 188 entfällt;

Digitized by Google

denn (und dies ist der logische Zusammenhang mit dem vorher entwickelten Rechtssatze) die Beschränkung nach § 188 gilt nur solange, als die Krankenhilfe lediglich durch dieselbe nicht gehobene Krankheitsursache veranlaßt wird. Das heißt: Der Versicherte, der bis dahin nur die Regelleistungen empfing, hat von nun an Anspruch auf die vollen satzungsmäßigen Leistungen, und zwar für die volle gesetz- oder satzungsmäßige Bezugszeit, auf die selbstverständlich die Zeit der bisher beschränkten Leistung anzurechnen ist, da es sich ja um einen einheitlichen Versicherungsfall handelt. Dabei ist es ebenso selbstverständlich, daß für diese zurückliegende Zeit nicht etwa der Unterschied zwischen Regelleistung und dem satzungsmäßigen Mehrbetrage nachzuzahlen ist; denn bis dahin war ja die Beschränkung auf die Regelleistung gerechtfertigt. Bei dieser Auffassung ergeben sich auch keine Schwierigkeiten, wenn, wie in dem von uns behandelten und in dem von Ihnen herangezogenen Falle, die neue Krankheitsursache ein Betriebsunfall ist. Der Versicherte hat in diesem Falle nach § 573 RVO. vom Beginn der fünften Woche nach dem Unfalle bis zum Ablauf der dreizehnten Woche mindestens ⅔ des maßgebenden Grundlohns zu beanspruchen, und die Kasse erhält für das, was sie hiernach — dem Maße oder der Zeit nach — über ihre gesetzliche oder satzungsmäßige Pflicht hinaus gewähren muß, Ersatz nach näherer Vorschrift des § 576 RVO.

c) Das RVA. hat (nicht nur hinsichtlich der unständig Beschäftigten, sondern allgemein) ausgesprochen, daß § 573 und folglich auch § 576 auch für solche Versicherte gilt, denen, wenn es sich nicht um einen Betriebsunfall handelt, Anspruch auf die Regelleistungen nicht zustehen würde (Entsch. 2287 Amtl. Nachr. 1916 S. 799, ArbVers. 1917 S. 160). Das gilt folglich auch für ohne Entgelt beschäftigte Lehrlinge, die der Regel nach keinen Anspruch auf Krankengeld haben. Sie haben also im Falle der Arbeitsunfähigkeit infolge eines Betriebsunfalles von vornherein Anspruch auf Krankengeld und von der 5. bis zum Ablauf der 13. Woche nach dem Unfall auch auf den Unfallzuschuß (zu vgl. ArbVers. 1917 S. 454 Ziff. 4 nebst Berichtigung daselbst S. 667 Ziff. 1).

a) **Zur Gleichmäßigkeit der Familienhilfe für alle Mitglieder.** b) **Zustimmung des Oberversicherungsamts zu den Höchstbeträgen für Heilmittel.**

5. **Nach Radeberg i. Sa.** Antwort: a) Zu den Kosten ärztlicher Behandlung gehören anerkanntermaßen auch die Kosten der notwendigen Fahrt des Kranken zum Arzt oder des Arztes zum Kranken. Wenn die Kassensatzung hinsichtlich der Familienhilfe bestimmt, daß die außerhalb des Kassenbezirks wohnenden Mitglieder die Arztrechnung nach denselben Sätzen vergütet erhalten wie die am Orte wohnenden Mitglieder, daß aber die Kilometergebühren nur bis zu zwei Kilometer bezahlt werden, so bedeutet das, daß den weiter entfernt wohnenden auswärtigen Mitgliedern die Kosten der Familienhilfe nicht in gleichem Maße vergütet werden wie den anderen. Eine solche ungleichmäßige Behandlung der Mitglieder widerstreitet anerkannten Rechtsgrundsätzen und ist unzulässig.

b) Nur mit Zustimmung des Oberversicherungsamts kann nach § 193 Abs. 1 RVO. die Satzung für kleinere Heilmittel einen Höchstbetrag festsetzen, auch bestimmen, daß die Kasse bis zu dieser Höhe einen Zuschuß für größere Heilmittel gewähren darf. Das Oberversicherungsamt hat hierbei die Angemessenheit und Zweckmäßigkeit, unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse der Kasse, zu erwägen (zu vgl. Hahn, Anm. 1 zu § 193). Danach ist es nicht auffällig, daß das Oberversicherungsamt den von der Kasse vorgeschlagenen Höchstbetrag für zu hoch erachtet, während bei anderen Kassen der Festsetzung höherer Beträge zugestimmt worden ist; dies kann eben in der Verschiedenheit der Verhältnisse begründet sein. Jedenfalls ist die Versagung der Zustimmung (durch die Beschlußkammer!) endgültig (§ 324 Abs. 3 RVO.).

Zur Krankenversicherungspflicht der Chorsänger von Religionsgemeinschaften.

6. **Nach F.** Antwort: Die Mitglieder der Synagogengesangschöre können sehr wohl auf Grund des § 165 Ziff. 4 RVO. krankenversicherungspflichtig sein. Ein sprachlicher Grund, unter einem Orchester nur eine Vereinigung von Instrumentalmusikern zu verstehen (so Brunn in Monatsschr. f. Arb. u. AngstVers. 1918 Sp. 191), ist nicht anzuerkennen. Man kann sehr wohl von einem Gesangs- oder Sängerorchester sprechen. Man versteht unter einem Orchester die Vereinigung mehrerer Personen unter einem Leiter zu musikalischen Darbietungen, und diese können auch in Gesang bestehen. Daß die Tätigkeit in dem Orchester den Hauptberuf bilden müßte, ist keineswegs Voraussetzung für die Versicherungspflicht. Diese Voraussetzung gilt nur für die gehobenen Angestellten (Ziff. 2 des § 165), zu denen die Chorsänger keinesfalls gehören. Sie würden, wenn man sie nicht als Orchestermitglieder gelten lassen wollte, zu den nach Ziff. 1 versicherungspflichtigen Gehilfen zu rechnen sein. Eine andere Frage ist freilich, ob es sich nicht um vorübergehende Dienstleistungen handelt, die nach der Bekanntmachung vom 17. 11. 1913 (ArbVers. 1913 S. 848 und Hahn, Handb. der KrVers., Anm. 3 zu § 168) versicherungsfrei sind. Dies kann nur von Fall zu Fall auf Grund der besonderen Umstände für jede einzelne Person geprüft und entschieden werden. In dieser Beziehung wird namentlich Ziff. I 3 der erwähnten Bekanntmachung in Betracht kommen. Eine Vergütung von 1600 bis 2000 Mark jährlich für eine Tätigkeit von 5 bis 6 Stunden in der Woche dürfte in der Regel wohl nicht als geringfügiger Entgelt zu betrachten sein; immerhin kann im Einzelfall auch eine andere Beurteilung geboten und die Annahme der Versicherungsfreiheit gerechtfertigt sein. Denn als geringfügig im Sinne jener Bestimmung ist ein Entgelt anzusehen, wenn er bei Berücksichtigung der gesamten Lebens- und Erwerbsverhältnisse des Einzelnen für seinen Lebensunterhalt nicht wesentlich erscheint (zu vgl. Anleitung des RVA. Ziff. 30 V). Unter diesem Gesichtspunkte kann der Umstand in Betracht kommen, daß die Mehrzahl der Sänger „ihren Hauptberuf anderwärts ausüben" und daß unter den Sängern auch Ehefrauen und Haustöchter sind, deren Männer und Väter möglicherweise so erhebliches Jahreseinkommen haben, daß der Sängerlohn für den Unterhalt der Familie nicht wesentlich ist. Entscheidungen, die sich gerade mit der Versicherungspflicht von Chorsängern befassen, haben wir nicht feststellen können.

Digitized by Google

Allgemeine Ortskrankenkasse

im Thüringer Wald, 4500 Mitglieder, sucht zum baldigen Antritt einen

◎ Geschäftsführer, ◎

wegen Wohnungsmangels wenn möglich ledig, und erbittet geeignete Angebote unter **Glückauf Nr. 7385** an die Kanzlei der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64. [2055]

Bei der unterzeichneten Kasse ist die Stelle eines

* Kassengehilfen *

zum 1. Januar 1922 zu besetzen.

Bewerber, die über eine mehrjährige Tätigkeit im Kassendienst verfügen und mit der sozialen Gesetzgebung vertraut sind, wollen ihre Bewerbungsgesuche mit Lebenslauf und begl. Zeugnisabschriften einreichen.

Gehalt vorläufig nach Gruppe III der R. B. O., Anstellung nach 6 Monaten, wenn die fachliche Befähigung durch eine mit Erfolg abgelegte Prüfung erbracht ist. [2066]

Heilsberg, den 4. November 1921.

Landkrankenkasse des Kreises Heilsberg.

Unsere Kasse (ungefähr 3000 Mitglieder) sucht zum baldigen Eintritt

* tüchtigen Geschäftsführer. *

Bewerber müssen mit den Bestimmungen der Sozialversicherung und der damit im Zusammenhange stehenden Rechtsprechung und Literatur vertraut sein und selbständig arbeiten können. Besoldung, vorbehaltlich der behördlichen Genehmigung, nach Gruppe VII der staatlichen Besoldungsordnung. Wohnungsbeschaffung sehr schwierig. Bewerbungsgesuche mit Lebenslauf und Zeugnisabschriften sind bis 30. November d. J. einzusenden. Persönliche Vorstellung ohne Aufforderung nicht erwünscht. [2073]

Allgemeine Ortskrankenkasse Colditz in Sachsen.

Wegen Pensionierung des jetzigen Inhabers ist die Stelle des

✠ Geschäftsführers ✠

zum 1. April 1922 neu zu besetzen.

Bewerber, welche auf dem gesamten Gebiet der Sozialversicherung, insbesondere auf dem der Krankenversicherung umfassende Kenntnisse und Erfahrungen besitzen und den Verwaltungsdienst der Krankenkasse kennen, wollen ihre Bewerbungen mit Lebenslauf und Gehaltsforderung bis zum 6. Dezember 1921 an den Vorstand der unterzeichneten Kasse einreichen.

Die Probedienstzeit beträgt sechs Monate. Nach dieser Zeit erfolgt Anstellung mit Ruhegehaltsberechtigung.

Die Kasse zählt 32 000 Mitglieder und besitzt eine zahnärztliche Klinik. Nur durchaus befähigte ältere Bewerber, welche in gleicher oder ähnlicher Stellung sich befinden und organisatorisch begabt sind, wollen sich melden. Rednerische Begabung erwünscht. [2078]

Persönliche Vorstellung nur auf Wunsch.

Kiel, den 11. November 1921.

Der Vorstand der Ortskrankenkasse Kiel.

BKK in Berlin

2000 Mitglieder, sucht für bald

tüchtigen Gehilfen

aus kleiner Kasse, der Maschinenschreiber und Stenograph ist. Bezahlung nach Berliner Tarifsätzen.

Bewerbungen sind unter **B. B. Nr. 7578** an die Kanzlei der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64, zu richten. [2072]

Bekanntmachung.

Bei der unterzeichneten Landkrankenkasse, etwa 10 000 Mitglieder, ist eine

Gehilfenstelle für die Melde-Abteilung

sofort zu besetzen. Bis zur Anstellung auf Grund der Dienstordnung Gehalt prozentual nach dem Reichsbesoldungsgesetz Gruppe III. Gehaltsregelung nach Gruppe IV RBG. steht in Aussicht.

Goldberg gehört zu den minder teuren Orten (Ortskl. D.).

Gesuche mit Lebenslauf und Zeugnisabschriften sowie Angabe des frühesten Eintrittstages sind sofort einzureichen. [2071]

Der Vorstand der Landkrankenkasse des Kreises Goldberg-Haynau in Goldberg in Schlesien.

Zum möglichst baldigen Antritt in unserer Verwaltung suchen wir

mehrere Assistenten, einen Krankenbesucher.

Bedingungen zu 1:

Bewerber, die mit den Bestimmungen der Sozialversicherung eingehend vertraut sind und selbständig arbeiten können, wollen ausführliche Gesuche nebst Lebenslauf und Zeugnisabschriften an den Vorstand einreichen.

Die Einstellung erfolgt zunächst als Hilfsarbeiter auf sechsmonatige Probezeit, Gehalt als Hilfsarbeiter bis zur Genehmigung der neuen Dienstordnung nach Gruppe III, alsdann bis zum Bestehen der Assistentenprüfung nach Gruppe IV des Reichsbesoldungsgesetzes. Als Assistent Gehalt nach Gruppe V des Reichsbesoldungsgesetzes.

Pensionsberechtigung und Anstellung auf Lebenszeit ist in Aussicht genommen.

Bedingungen zu 2:

Alter nicht unter 25 Jahren, Radfahrer, nüchtern und zuverlässig, gute Handschrift, sicheres Auftreten, Befähigung zur Anfertigung kleiner Berichte.

Besoldung bis zur Genehmigung der neuen Dienstordnung nach Gruppe III, alsdann nach Gruppe IV des Reichsbesoldungsgesetzes.

Außerdem wird für Unterhaltung eines Fahrrades eine jährliche Entschädigung von 1200 Mark gewährt.

Pensionsberechtigung und Anstellung auf Lebenszeit ist in Aussicht genommen. [2079]

Landkrankenkasse des Kreises Templin.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Str. 12.
Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., in Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rossi; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Senatspräsident a. D. u. a. m.

Heft 1336 der ganzen Folge.

38. Jahrgang | 1. Dezember 1921 | Heft 34

Die Auseinandersetzung zwischen Frankreich und Deutschland über die sozialen Versicherungen.

Von Regierungsdirektor Dr. Sonderhoff in Hamburg.

In Nr. 23 des Reichs-Arbeitsblattes vom 15. Septbr. 1921 sowie in Nr. 101 des Reichs-Gesetzbl. vom 21. Oktbr. hat das Reichsarbeitsministerium die vom Rate des Völkerbundes am 21. Juni 1921 beschlossenen „Bestimmungen zur Regelung der sozialen Versicherung in Elsaß-Lothringen" veröffentlicht. In der Tagespresse und der Öffentlichkeit haben diese politisch und rechtlich bedeutsamen und interessanten Bestimmungen bisher kaum Beachtung gefunden. Das ist verständlich angesichts der größeren politischen und wirtschaftlichen Probleme aus der Durchführung des Friedensvertrages, welche das deutsche Volk in höchster Erregung und Spannung halten, die deutsche Wirtschaft auf das tiefste erschüttern, aber auch die Wirtschaft der ganzen Welt in die größte Gefahr bringen und die ehemals feindlichen wie auch die neutralen Mächte aller Erdteile mit der größten Sorge erfüllen. Und doch sollte das deutsche Volk, das — über der Sorge um Oberschlesien und um das Rheinland — Elsaß-Lothringen fast zu vergessen scheint, an dieser Auseinandersetzung zwischen den elsaß-lothringischen und den deutschen Versicherungsträgern nicht achtlos vorübergehen. Handelt es sich dabei doch im Grunde darum, daß das deutsche Mutterland der Bevölkerung des ihm wieder entrissenen unglücklichen Grenzlandes trotz seiner eigenen Not große Opfer bringt, um ihr den Segen der deutschen Sozialversicherung unter der sozialpolitisch weit zurückgebliebenen französischen Herrschaft zu erhalten. So legt diese Regelung der sozialen Versicherungen in Elsaß-Lothringen Zeugnis ab von der fortwirkenden selbstlosen Fürsorge des Deutschen Reiches für das unglückliche, im Kern deutsche Land. Indem das Deutsche Reich auch diese Bande löst, die es mit Elsaß-Lothringen enger verbunden haben als politische Verwaltungsorganisationen, sorgt es für den lebenskräftigen Fortbestand der von ihm geschaffenen sozialen Versicherungen. Daher sollten wir die großen Opfer, die uns diese Regelung auferlegt, mit freudigem Herzen und in der Hoffnung tragen und erfüllen, daß einst das durch die Leiden und Bedrückungen des Krieges uns entfremdete Volk sich seiner Bluts- und Stammesgemeinschaft wieder mit Stolz bewußt wird und die Segmungen der 50 Jahre deutscher Staatszugehörigkeit voll Dank und Sehnsucht ganz erkennt. Mit solchen Empfindungen sollte das gesamte deutsche Volk diese Bestimmungen des Völkerbundes in sich aufnehmen und werten. Die Einzelheiten der Regelung aber können naturgemäß nur für die Versicherungsträger und die Fachkreise der Sozialversicherung Interesse haben. Auch diesen aber wird eine übersichtliche Darstellung der schwierigen Ordnung erwünscht und von Nutzen sein.

Digitized by Google

Die Grundlage der Auseinandersetzung bildet der Artikel 77 des Versailler Friedensvertrages. Danach hat sich das Deutsche Reich verpflichtet, „den Anteil der Straßburger Invaliden- und Altersversicherungsanstalt an den gesamten zum Zwecke der Invaliden- und Altersversicherung gesammelten Rückstellungen des Reiches oder von ihm abhängiger öffentlicher oder privater Stellen an den französischen Staat abzuführen", ebenso „die in Deutschland angelegten Kapitalien und Rückstellungen, die rechtlich den anderen sozialen Versicherungsträgern, den Knappschaftskassen, der Eisenbahn-Pensionskasse von Elsaß-Lothringen oder solchen anderen Pensionskassen zustehen, die für das Personal der öffentlichen Verwaltungen und Anstalten errichtet sind und in Elsaß-Lothringen arbeiten", schließlich auch „die Kapitalien und Rückstellungen, welche die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte in Berlin auf Grund von Verpflichtungen zugunsten von in Elsaß-Lothringen wohnenden Versicherten dieser Art schuldet". Nach dem letzten Absatz dieses Artikels soll ein Sonderabkommen zwischen Frankreich und dem Deutschen Reiche „die Bedingungen und Einzelheiten dieser Übertragungen festlegen".

Diese Verpflichtung, deren Tragweite namentlich hinsichtlich der allgemeinen Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung bei der unverständlichen Fassung des ersten Absatzes äußerst unklar ist, erforderte allerdings eingehende Verhandlungen und Vereinbarungen über Gegenstand, Art und Umfang der Verpflichtungen. Dabei mußte die ungeschickte Formulierung des Artikels 77 ganz beiseite geschoben und nur der darin kaum ausgedrückte Zweckgedanke zur Richtschnur genommen werden, daß das Deutsche Reich die Mittel bereitstellen sollte, um den in Elsaß-Lothringen bestehenden und losgelösten oder neu errichteten Versicherungsträgern die finanzielle Grundlage zu schaffen, damit sie die in Elsaß-Lothringen wohnenden Rentenempfänger und Versicherten nach ihrem Ausscheiden aus den deutschen Versicherungen übernehmen und nach Maßgabe der bis zur Abtrennung erworbenen Renten und Anwartschaften weiter versorgen können. Es mußten also anderseits auch die Versicherungsträger im Deutschen Reiche von ihren Verpflichtungen gegen die Elsaß-Lothringer entbunden werden. Die Verpflichtung Frankreichs, die dafür von dem Deutschen Reiche und den deutschen Versicherungsträgern hergegebenen Kapitalien zur Übernahme und Erfüllung der Verpflichtungen gegenüber den Versicherten zu verwenden, ist nicht in Artikel 77, wohl aber in Artikel 312 des Friedensvertrages ausgedrückt, der allgemein die Mächte verpflichtet, die ihnen für die Fortführung der sozialen Versicherungen in den abgetretenen Gebieten übertragenen Gelder auch zu diesem Zwecke zu verwenden.

Schon seit langem waren zwischen den beiden Regierungen über die Durchführung dieser Auseinandersetzung Verhandlungen gepflogen worden. Die mit ihrer Führung beauftragten Unterhändler hatten auch schließlich ein Abkommen im Entwurf fertiggestellt. Zur Unterzeichnung dieses Abkommens ist es aber nicht gekommen, da Frankreich die von Deutschland berechneten und angebotenen Geldsummen und die Art ihrer Zahlung nicht genügten. Daher mußten gemäß Artikel 312 Abs. 4 des Friedensvertrages die Bestimmungen einem Ausschuß unterbreitet werden, der aus je einem Vertreter der beiden Regierungen und drei Vertretern anderer Staaten bestand, die von dem Verwaltungsrat des internationalen Arbeitsamtes gewählt wurden. Die Vorschläge dieses Ausschusses sind dann dem Rat des Völkerbundes zur Entscheidung vorgelegt. So sind die Bestimmungen, die nunmehr im Reichs-Arbeitsblatt veröffentlicht sind, durch den Rat des Völkerbundes erlassen. Sie haben nach Artikel 312 des Friedensvertrages sofortige Wirksamkeit und bindende Kraft für Frankreich und Deutschland.

Nach Artikel III der Bestimmungen hat das Deutsche Reich dem französischen Staat

Digitized by Google

zum Zwecke der Auseinandersetzung und Ablösung der Verpflichtungen der deutschen Versicherungsträger und Versicherungseinrichtungen eine Gesamtabfindungssumme von 65 Millionen französischen Franken zu zahlen, deren Wert auf den 31. Dezember 1920 zu beziehen ist. Die Summe ist in zehn Raten zu zahlen, und zwar war die erste mit 10 Millionen Franken am 1. Juli 1921 fällig, die weiteren neun Raten mit je 7 966 000 Franken jeweils am 1. Juli der Jahre 1922 bis 1930. Die Zinsen sind also in den Raten verrechnet. Deutschland hat das Recht, die Summe in kürzerer Frist zu zahlen mit einem Abzug von 5% Zinsen.

Außerdem hat nach Artikel II das Deutsche Reich zum 1. Juli 1921 die Darlehnsschulden von rund 23 Millionen Mark nach ihrem Stande vom 11. November 1918 zu übernehmen, welche die elsaß-lothringischen Versicherungsträger zur Zeichnung auf Kriegsanleihe bei deutschen Bankinstituten aufgenommen hatten. Die nach dem Waffenstillstand zur Tilgung der Darlehen gezahlten Summen sind ihnen mit Zinsen von den deutschen Banken wieder herauszuzahlen. Gegen die Befreiung von diesen Darlehnsschulden erhält das Deutsche Reich in Höhe der übernommenen Schuldsummen die dafür angeschafften Kriegsanleihen zurück, die zum Zeichnungs- oder Ankaufspreise zu bewerten sind. Die Zinsen der Anleihen, welche bis zum 1. Juli 1921 fällig geworden sind, verbleiben den elsaß-lothringischen Versicherungsträgern; dafür haben sie bis dahin auch die Darlehnszinsen zu tragen.

Den elsaß-lothringischen Versicherungsträgern soll aber darüber hinaus das Reich noch alle sonstigen Kriegsanleihen zum Zeichnungs- oder Ankaufspreise abnehmen, die sie am 11. November 1918, also bei Abschluß des Waffenstillstandes, im Besitz hatten. Deren Wert nach dem Anschaffungs- oder Zeichnungspreise ist auf 27 Millionen Mark festgesetzt, welche in die Gesamtabfindungssumme einbezogen sind. Die Zinsen hierauf sollen daher auch vom 1. Januar 1921 ab dem Reiche gutgeschrieben und die Stücke nach Zahlung von vier Raten der Gesamtabfindungssumme ausgeliefert werden (Artikel IIIe und Artikel IV).

Wie die Verpflichtungen der elsaß-lothringischen Versicherungsträger aus den Darlehen zur Anschaffung von Kriegsanleihen abgelöst werden, indem das Deutsche Reich ihre Darlehnsschulden gegenüber den deutschen Banken übernimmt, so überträgt man anderseits die Forderungen des Deutschen Reiches, die daraus erwachsen sind, daß die deutsche Postverwaltung vorschußweise zu Lasten der elsaß-lothringischen Träger der Invalidenversicherung im Jahre 1918 die Rentenzulagen auf Grund der Bekanntmachung vom 3. 1. 1918 gezahlt hat, auf den französischen Staat. Der Wert dieser Forderungen des Reiches soll in der Abfindungssumme berücksichtigt sein (Art. I § 1, Art. III Abs. 1a). Auch die noch nicht getilgten Postvorschußforderungen des Reiches aus dem Jahre 1909 an die elsaß-lothringischen Berufsgenossenschaften werden dem französischen Staate übertragen (Art. I § 16).

Auf diese einfache Weise werden also zu Lasten des Reiches die finanziellen Beziehungen zwischen dem deutschen Staate und deutschen Banken einerseits und den elsaß-lothringischen Versicherungsträgern anderseits gelöst. Schwieriger aber war die Auseinandersetzung zwischen den elsaß-lothringischen und den deutschen Versicherungsträgern. Diese ist ebenfalls bei den Rentenversicherungen nach dem System vorgenommen, daß der endgültige geldliche Ausgleich von Staat zu Staat erfolgt. Die Debetsalden der deutschen Träger der Invaliden-, Unfall- und Angestelltenversicherung sind also im allgemeinen in der Gesamtabfindungssumme enthalten, die das Reich an den französischen Staat zu zahlen hat. Die Verrechnung und Verteilung der einzelnen Summen auf die berechtigten oder

Digitized by Google

verpflichteten Versicherungsträger ist Sache jedes Staates für sich und muß im Wege der inneren Gesetzgebung und Verwaltung erfolgen. In den einzelnen Versicherungszweigen aber ist die nähere Regelung im einzelnen verschiedenartig.

In der Invalidenversicherung übernehmen vom 1. Januar 1919 ab die deutschen Landesversicherungsanstalten die derzeit vorhandenen Rentenempfänger der beiden elsaß-lothringischen Anstalten, also der Landesversicherungsanstalt Elsaß-Lothringen und der Pensionskasse der ehemaligen Reichseisenbahnen in Straßburg, sofern die Rentenempfänger am 1. Januar 1919 in Deutschland wohnen. Auch die in der Zeit darauf bis zum Friedensschlusse am 10. Januar 1920 nach Deutschland verzogenen, vertriebenen oder verdrängten Rentenempfänger der beiden elsaß-lothringischen Anstalten werden noch von den deutschen Anstalten übernommen. Auf die Staatsangehörigkeit kommt es dabei nicht an. Anderseits werden die am 1. Januar 1919 in Elsaß-Lothringen oder Frankreich wohnenden oder bis zum 10. Januar 1920 nach dort aus Deutschland abgewanderten Rentenempfänger deutscher Anstalten von den beiden Straßburger Anstalten übernommen (Art. I §§ 2, 3). Die Renten, welche deutsche Versicherungsanstalten für die Zeit vom 1. Januar 1919 bis zum Tage des Friedensschlusses noch an Elsaß-Lothringer oder bis zum Friedensschlusse nach Elsaß-Lothringen abgewanderte Rentner gezahlt haben, sind ihnen ohne Zinsen von dem zur Übernahme des Rentners verpflichteten elsaß-lothringischen Versicherungsträger unmittelbar wieder zu erstatten. Das gleiche gilt in dem umgekehrten Falle zwischenzeitlicher Rentenleistung seitens elsaß-lothringischer Versicherungsträger an die von deutschen Anstalten zu übernehmenden Rentner (§ 4). Solche Rentner aber, die nach dem Friedensschlusse erst in das Gebiet des anderen Staates übersiedeln, werden nicht mehr übernommen. Sie bleiben in der Fürsorge der Anstalt, welche nach dem Rechte ihres Staates die Rente bewilligt hat. Es gilt daher auch lediglich die Gesetzgebung dieses Staates für das Recht auf den Weiterbezug der Rente im Falle der Auswanderung (§ 5).

Die Erhaltung der aus der deutschen Sozialversicherung erworbenen Rechte erfordert aber nicht nur die weitere Versorgung der Rentenempfänger durch die Anstalten des übernehmenden Staates, sondern ebenso auch die Anerkennung der erworbenen Anwartschaften auf Rente, also der unter der Herrschaft des deutschen Rechtes entrichteten Beiträge und der Ersatztatsachen. Auch zu diesem Zweck zahlt das Reich die erforderlichen Deckungskapitalien in der Abfindungssumme an Frankreich. Demgemäß ist in § 6 bestimmt, daß in Elsaß-Lothringen die nach deutschem Recht anrechnungsfähigen Beitragszeiten auch von elsaß-lothringischen Versicherungsträgern als nach dem neuen französischen Recht gültig anzuerkennen sind. Anderseits müssen auch von den deutschen Anstalten die Beiträge, die in den von Frankreich besetzt gewesenen Teilen des Ober-Elsaß nach französischem Okkupationsrecht entrichtet worden sind, als gültig anerkannt werden, wenn die nach Deutschland abgewanderten Versicherten später in Deutschland Ansprüche geltend machen. Dies gilt aber nur für die Zeit bis zum Waffenstillstande. Die nach dieser Zeit verwendeten deutschen Marken werden in Frankreich ebensowenig anerkannt, wie Deutschland die nach dem 11. November 1918 verwendeten elsaß-lothringischen Marken zu berücksichtigen braucht. Dadurch könnte im Falle späterer Abwanderung die Anwartschaft oder das Recht auf Rente überhaupt verlorengehen. Um den hieraus zu besorgenden Rechtsverlust zu verhüten, ist jedoch bestimmt, daß bis zum 1. September 1922 solche Beitragszeiten, welche nach der Gesetzgebung des deutschen oder französischen Staates rechtswirksam sein würden, für die Begründung des Rechtes auf Rente anzurechnen sind, wenn es sich um Personen handelt, die bereits vor dem 11. November 1918 versichert waren.

Digitized by Google

Diese Regelung ist den Elsaß-Lothringern außerordentlich günstig. Alle Rechte aus den unter deutscher Herrschaft zurückgelegten Beitragszeiten, die nach deutschem Recht anrechnungsfähig waren, verbleiben ihnen für die Zeit bis zum 11. November 1918 für ihre Ansprüche auf Rente, die sie künftig nach französischem Recht gegen elsaß-lothringische Versicherungsträger haben. Auch wenn sie erst später nach Elsaß-Lothringen zurückgekehrt sind, können sie auch nach dem 1. September 1922 aus den bis zum 11. November 1918 entrichteten elsaß-lothringischen oder deutschen Marken noch Ansprüche geltend machen, wenn nach dem dann geltenden französischen Recht ihre Anwartschaft noch nicht erloschen ist oder wenn ihre Anwartschaft durch erneute Beitragsleistung im französischen Gebiet wieder aufgelebt ist. Aus Beiträgen, die sie nach dem 11. November 1918 in Deutschland bzw. in deutschen Werten entrichtet haben, können sie naturgemäß in Frankreich dann keine Rechte mehr erwerben. Ebensowenig kann ein Versicherter, der nach dem 11. November 1918 aus Elsaß-Lothringen nach Deutschland abgewandert ist, aus den nach dem Waffenstillstand entrichteten Marken in den in Elsaß-Lothringen geltenden Werten Ansprüche gegen deutsche Versicherungsträger erheben. Wohl aber sind die aus der Zeit vorher stammenden Marken und nachgewiesenen Ersatztatsachen zu berücksichtigen.

Es wäre sehr interessant zu erfahren, wie der Teil der Abfindungssumme berechnet ist, der auf die beiderseits zu überweisenden Deckungskapitalien für die laufenden Renten und die am 11. November erworbenen Anwartschaften der beiderseits zu übernehmenden Rentner und Versicherten entfällt. Hoffentlich veröffentlicht das Reichsversicherungsamt demnächst das darüber gesammelte Material, das als Unterlage für die Verhandlungen gedient haben muß. Außer den Deckungskapitalien für die übertragenen Renten und Anwartschaften stecken übrigens in der Abfindungssumme noch die von den französischen Behörden vor dem Waffenstillstand im besetzten Ober-Elsaß geleisteten Zahlungen an die Elsaß-Lothringer, die Renten aus der deutschen Invalidenversicherung zu beanspruchen hatten (Art. III Abs. 1a).

Die von den deutschen Versicherungsträgern zu übernehmenden Renten und zu berücksichtigenden Beitragszeiten für aus Elsaß-Lothringen verdrängte Versicherte werden naturgemäß von der Gesamtheit der deutschen Anstalten als Gemeinlast getragen werden müssen. Ob ihnen das Reich dafür eine Entschädigung gewährt, steht noch dahin. Selbstverständlich werden sie aber die Deckungskapitalien für die von den elsaß-lothringischen Anstalten übernommenen Rentner deutscher Anstalten (ohne den dem Reich zur Last fallenden Reichszuschuß) dem Reich ebenso erstatten müssen, wie die Deckungskapitalien für die bei deutschen Anstalten laufenden Anwartschaften, deren Zahl und Wert jedoch kaum zu schätzen, geschweige denn zu berechnen ist.

In der Unfallversicherung findet die Auseinandersetzung zwischen den deutschen und den elsaß-lothringischen Versicherungsträgern hinsichtlich der Verpflichtungen aus laufenden Entschädigungsleistungen rechnerisch in folgender Weise statt. Die drei landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften Unter-Elsaß, Ober-Elsaß und Lothringen und die Textil-Berufsgenossenschaft für Elsaß-Lothringen übernehmen als französische Berufsgenossenschaften die Renten der am 1. Januar 1919 in Elsaß-Lothringen wohnenden Rentenempfänger der deutschen Berufsgenossenschaften, letztere die Renten der an demselben Tage im Deutschen Reiche wohnenden Rentenempfänger dieser jetzt französischen Berufsgenossenschaften. Dabei sind auch die Renten zu berücksichtigen, die nach dem 1. Januar 1919 für einen Unfall bewilligt sind, der sich vor diesem Tage ereignet hatte. Rechnerisch wird die Gegenleistung der Berufsgenossenschaften für die Übernahme der Renten auf den 72fachen Monatsbetrag der am 1. Januar 1919 laufenden oder — bei nach dem 1. Januar

Digitized by Google

1919 erstmalig festgesetzten Renten — der erstmalig festgesetzten Renten festgestellt (§ 9). Die Rentenzulagen werden aber dabei nicht berücksichtigt. Rentenberechtigte, die in der Zeit zwischen dem 1. Januar 1919 und dem Friedensschluß in das Gebiet des anderen abgewandert sind, sind ebenfalls noch von den Berufsgenossenschaften des anderen Staates zu übernehmen, und zwar mit Ablauf des Monats, in dem die Abwanderung erfolgt ist. War solchen nachträglich abgewanderten Personen aber bei der Verlegung ihres Wohnsitzes in das andere Staatsgebiet wegen Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit die Rente von der bis dahin zuständigen Berufsgenossenschaft schon entzogen worden, so haftet bei später wiederauftretenden Unfallfolgen die alte Berufsgenossenschaft weiter (§ 9). Diese Regelung entspricht offenbar der Befürchtung, daß die Berufsgenossenschaften den nach dem Waffenstillstand abgewanderten Rentnern die Renten willkürlich entzogen haben könnten. Die abgewanderten ehemaligen Rentner aber, denen bereits vor dem 1. Januar 1919 die Rente entzogen war, können gegen die Berufsgenossenschaft des anderen Staates, welche die Rente entzogen hatte, keine Ansprüche mehr geltend machen. Wenn neue Unfallfolgen auftreten, so müssen sie sich an die jetzt zuständige Berufsgenossenschaft ihres Staates wenden. Diese Verpflichtungen aus alten Unfällen gehen also ebenfalls auf die Berufsgenossenschaften des anderen Staates über, wenn die ehemaligen Rentner ihren Wohnsitz am 1. Januar 1919 in dem Gebiet des anderen Staates haben. Die Renten der Elsaß-Lothringer, welche im Kriege geflüchtet waren und deren Renten infolgedessen eingestellt wurden, sollen rückwirkend wieder aufleben. Sie werden den französischen Berufsgenossenschaften ebenfalls übertragen und von den deutschen abgelöst, wobei die vor dem 1. Januar 1919 noch zustehenden Bezüge der alten Berufsgenossenschaft besonders zu berechnen sind (§ 10).

Eine Übertragung der Rentenverpflichtungen findet dagegen für die Rentenempfänger nicht statt, die erst nach dem 10. Januar 1920 ihren Wohnsitz aus dem Reiche nach Elsaß-Lothringen oder umgekehrt verlegt haben. Nach § 11 sollen diejenigen, die erst nach dem Friedensschluß übergesiedelt sind, von dem Heimatsstaat nach seinen gesetzlichen Vorschriften als Ausgewanderte behandelt werden, so daß die Renten der später nach Elsaß-Lothringen als ins Ausland verzogenen Berechtigten von den deutschen Berufsgenossenschaften unter den Voraussetzungen der §§ 615, 617 eingestellt oder abgefunden werden können.

Auch die Beitragsverpflichtungen der elsaß-lothringischen Unternehmer gegenüber den deutschen Berufsgenossenschaften werden auf dem Boden der französischen Rechtsauffassung abgewickelt, nach der mit der Wiederbesetzung Elsaß-Lothringens nach dem Waffenstillstand die elsaß-lothringischen Unternehmer nicht mehr der deutschen Staats- und Rechtsgemeinschaft angehörten. Nur die für das Geschäftsjahr 1918 den deutschen Berufsgenossenschaften noch zustehenden Umlagen nebst den von den Zwangsverwaltern für die deutschen Berufsgenossenschaften eingezogenen Beitragsrückständen sind also diesen noch unter Abzug der für das Jahr 1919 bereits erhobenen Vorschüsse in Mark an die deutschen Berufsgenossenschaften zu zahlen (§ 12).

Die Ablösung der Renten erstreckt sich nur auf die nach dem 1. Januar 1919 fälligen Renten und Entschädigungen. Die vorher fälligen Renten und sonstigen Leistungen (Kosten des Heilverfahrens, Sterbegelder usw.) hat die bisher verpflichtete Berufsgenossenschaft noch zu tragen. Ihr fallen auch die Kosten der ersten Feststellung bei den nach dem 1. Januar 1919 festgesetzten Renten aus Unfällen vor diesem Tage noch zur Last. Hat eine Berufsgenossenschaft des anderen Landes diese Kosten bereits bestritten, so hat die verpflichtete Berufsgenossenschaft die Kosten unmittelbar zu erstatten. Für die Unfälle, die sich nach dem 1. Januar 1919 in Elsaß-Lothringen ereignet

Digitized by Google

haben, haften die deutschen Berufsgenossenschaften nur, sofern es sich um Unfälle bei Betriebstätigkeiten handelt, die den heimischen Betrieben im Reiche zuzurechnen sind. Haben deutsche Berufsgenossenschaften nach dem 1. Januar 1919 eingetretene Unfälle in Elsaß-Lothringen entschädigt, die sich in den jetzt französischen Betrieben ereignet haben, so haben ihnen die zur Entschädigung nach französischem Recht verpflichteten Berufsgenossenschaften ihre Zahlungen unmittelbar zu erstatten. Das gleiche gilt in den umgekehrten Fällen der Entschädigungsleistung der elsaß-lothringischen Berufsgenossenschaften für Unfälle, die nach dem 1. Januar 1919 eingetreten sind und deutschen Berufsgenossenschaften zur Last fallen. Solche Fälle werden allerdings kaum vorgekommen sein (§§ 13, 14).

Nach denselben Regeln werden auch die Rentenempfänger der staatlichen und gemeindlichen Verwaltungen behandelt, welche für deren Rechnung versichert waren und ihre Renten von den Ausführungsbehörden empfangen (§ 15).

Die Beträge, welche die Versicherungsträger denen des anderen Staates unmittelbar zu erstatten haben, wie auch die noch nachzuentrichtenden Beiträge der Unternehmer werden in der Währung des Gläubigerlandes zu entrichten sein. Für die Umrechnung soll nach Art. V der Kurs des deutschen oder französischen Geldes an der Genfer Börse vom 11. November 1918 genommen werden.

Auch hier werden die einzelnen deutschen Trägern der Unfallversicherung übertragenen Rentenverpflichtungen auf die Gesamtheit umgelegt werden müssen. Darüber, wie auch über die Abbürdung der von dem Reich gezahlten Abfindungssummen für die den französischen Berufsgenossenschaften übertragenen Renten werden noch besondere gesetzliche Bestimmungen ergehen müssen. (Schluß folgt.)

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Zur Krankenversicherung.

Vorspiegelung eines versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses durch einen selbständigen Gewerbetreibenden.

Entscheidung des **Oberversicherungsamts Braunschweig** vom 16. September 1921 (K. S. 6/21).

Der Elektromonteur R. hatte als ehemaliger Geschäftsinhaber bei dem Installateur M., hier, an welchen er im September 1920 sein Geschäft verkauft hatte, am 5. November 1920 Beschäftigung angenommen und war von diesem am 8. November 1920 als Mitglied zur Allgemeinen Ortskrankenkasse angemeldet worden. Am 16. November 1920 erkrankte R. Die Kasse bestritt ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis des Genannten. Das Versicherungsamt hat die Kasse zur Anerkennung der Versicherungspflicht des R. verurteilt. Gegen diese Vorentscheidung hat die Kasse Berufung eingelegt. Das Oberversicherungsamt hob die Entscheidung auf und wies den Kläger mit seinem Anspruch ab. — Aus den Gründen:

... Das Beweismaterial, auf das sich die angefochtene Vorentscheidung stützt, ist äußerst dürftig. Es besteht im wesentlichen in dem Schriftstück vom 10. September 1920, das den Vertrag des Klägers mit M. über den Verkauf des Geschäfts darstellen soll, in dem überreichten Kontobuch für R., welches das von M. über die Arbeiten R.s in seinem Geschäft geführte Lohnbuch sein soll und in der vor dem Versicherungsamt von M. abgegebenen protokollarischen Erklärung vom 18. Februar 1921. Die Vorinstanz hat dann ohne weiteres dem M. und R. Glauben geschenkt, ohne nachzuprüfen, wieweit diese beiden Personen Glauben verdienen.

Die Beweiserhebungen in der Berufungsinstanz haben folgendes ergeben: R. ist schon seit geraumer Zeit an einem schweren organischen Nervenleiden erkrankt. Dies Leiden war so weit vorgeschritten, daß R. es für notwendig hielt, in das Landeskrankenhaus zu gehen. Am 16. November 1920 hat er diesen Schritt getan. Er ist dann bis zum 25. November 1920 dort behandelt und gebessert entlassen. Wie Professor Dr B. am 27. August 1921 erklärt hat, bestand derselbe Grad der Krankheit und der dadurch bedingten Erwerbsunfähigkeit, der bei der Aufnahme festgestellt wurde, mit größter Wahrscheinlichkeit bereits am 5. November 1921, an dem Tage, von dem an er angeblich als Gehilfe in dem Installationsgeschäft von M. beschäftigt sein soll, das er nach dem sogenannten

Digitized by Google

Vertragsdokument vom 10. September 1920 zum 15. September 1920 an M. verkauft haben will. Angemeldet hat M. den R. bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse zu Br. am 11. November 1920, also 4 Tage bevor R. ins Krankenhaus gegangen ist. Die Allgemeine Ortskrankenkasse, der es auffiel, daß der bislang selbständige Installateur R. nun Gehilfe bei M. sein sollte, erkundigte sich nach dem Zusammenhang und wurde dahin von R. und M. aufgeklärt, R. habe dem M. laut schriftlichen Kaufvertrages vom 10. September 1920 sein Geschäft zum 15. September 1920 verkauft, und zwar gegen eine sofortige Anzahlung von 2500 M., während der Rest am 1. April 1921 hätte gezahlt werden sollen. M. hat vor dem Oberversicherungsamt am 8. August 1921 sogar ausgesagt, er habe sofort 3000 M. an R. gezahlt und am 1. April 1921 nochmals 500 M. . . . (Das Oberversicherungsamt würdigt das Ergebnis der erhobenen Beweise: Zurückdatierung des im Dezember gefertigten Schriftstücks auf den September, die Mittellosigkeit des angeblichen Käufers M., die Nichtabmeldung des Gewerbes durch R. und die erst während des vorliegenden Rechtsstreits in der Berufungsinstanz erfolgte Anmeldung durch M. und gelangt zu der folgenden Feststellung): . . . Hiernach ist als erwiesen anzusehen, daß R. niemals sein Geschäft an M. verkauft und dessen Gehilfe geworden, sondern daß er nach wie vor selbständiger Geschäftsinhaber und daher niemals versicherungspflichtig geworden ist, daß der angebliche Vertrag vom 10. September 1920 nachträglich von M. und R. aufgesetzt ist, um dem R. bei seinem voraussichtlich langwierigen Leiden Krankenhilfe auf Kosten der Allgemeinen Ortskrankenkasse zu verschaffen, auf die er rechtlich keinen Anspruch hat. — Die Allgemeine Ortskrankenkasse hat deshalb den Anspruch des R. mit Recht abgelehnt.

Anspruch einer Versicherten gegen die Kasse auf Ersatz des dem Kassenarzt bezahlten Honorars.

Urteil des **Oberversicherungsamts Berlin** vom 22. September 1921 (K 2137/21).

Da die Klägerin einen Kassenarzt zu Rate gezogen hat, ist es für die Entscheidung des Rechtsstreites unerheblich, ob ein dringender Fall ärztlicher Hilfe vorgelegen hat. Bei der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe hat das Kassenmitglied nach den statutarischen Bestimmungen der Kasse die Verpflichtung, sich dem Arzte gegenüber als Kassenmitglied auszuweisen. Hat die Klägerin dieser Verpflichtung genügt, so ist der Anspruch des Arztes an die Klägerin auf Bezahlung seiner ärztlichen Hilfeleistung unbegründet. Daher steht der Klägerin auch ein Anspruch auf Ersatz des von dem behandelnden Kassenarzte von ihr geforderten Honorars nicht zu. Hat die Klägerin sich dem Arzte gegenüber nicht als Kassenmitglied zu erkennen gegeben, so hat sie gegen die Bestimmungen der Krankenkassenstatuten verstoßen und kann infolge eigenen Verschuldens die Ersatzleistung von der Kasse gleichfalls nicht erlangen.

Formale Versicherung nach § 213 RVO.

Entscheidung des **Versicherungsamts Hamburg** vom 21. Oktober 1921 (2152/21 K).

Der Antragsteller wurde von seinem Arbeitgeber, dem Verlage der „N. H. Zeitung", im Mai 1920 zur Ortskrankenkasse in ordnungsmäßiger Form als gegen Gehalt beschäftigter Musikkritiker der Zeitung angemeldet, in der Meinung, daß der Antragsteller versicherungspflichtig sei. Auch die Kasse war dieser Ansicht. Sie erhob daher die Beiträge und gewährte auch in der Zeit vom 20. August bis 28. September und vom 29. November 1920 bis zum 31. Januar 1921 Krankenpflege an den Antragsteller.

Nachdem im Jahre 1921 Entscheidungen bekannt wurden, daß Schriftleiter einer Zeitung wegen ihrer höheren geistigen Tätigkeit und ihrer freieren Stellung nicht als Angestellte im Sinne des § 165 Ziff. 2 RVO. zu betrachten und also nicht krankenversicherungspflichtig seien, erhob der Antragsteller Beschwerde und bat, ihn für nichtversicherungspflichtig zu erklären und die Kasse zur Rückzahlung der Beiträge anzuhalten, wobei die Kosten der ihm gewährten Krankenpflegeleistungen in Abzug gebracht werden könnten. — Die Kasse hat anerkannt, daß der Antragsteller nicht versicherungspflichtig ist und war. Sie hat erklärt, für die Zeit vom 3. September 1921 ab keine Beiträge mehr zu beanspruchen. Bis zu diesem Tage, an dem ihr die Art der Tätigkeit und infolgedessen die Nichtversicherungspflicht des Gemeldeten bekannt geworden sei, das sei der 3. September, müsse sie aber die Beiträge behalten, weil bis dahin auf Grund des § 213 RVO. ein „formalrechtliches" Versicherungsverhältnis bestanden habe.

Das Versicherungsamt erklärte die Kasse für nicht verpflichtet, Beiträge für die Zeit bis zum 24. 8. 21 zurückzuzahlen. — Gründe:

Da die Kasse dem ersten Antrage entsprochen und den Antragsteller als Mitglied gelöscht hat, so war nur noch über den Anspruch auf Rückzahlung der Beiträge für die Zeit bis zur Löschung, dem 3. September 1921, zu entscheiden. Unstreitig war Antragsteller, als künstlerisch und geistig schöpferischer Mensch, in seiner Stellung als Musikkritiker der Zeitung nicht versicherungspflichtiger Lohnangestellter im Sinne des § 165 Ziff. 2 RVO. In Unkenntnis seiner Versicherungsfreiheit hat der Verlag ihn wie einen Lohnangestellten angemeldet und in Unkenntnis der Sach- und Rechtslage die Kasse mehr als 3 Monate die Beiträge erhoben. Daher war nach § 213 RVO. die Kasse zur Gewährung der Krankenhilfe verpflichtet, als der Antragsteller im August 1920 krank wurde. Denn unter einer „vorschriftsmäßigen" und nicht vorsätzlich „unrichtigen" Anmeldung versteht das Gesetz eine in der Form ordnungsmäßige Anmeldung, die aber tat-

Digitized by Google

sächlich unrichtig ist, und zwar infolge eines Versehens oder Irrtums oder von Unkenntnis zu Unrecht erstattet ist. Die formale Anmeldung und die Annahme der Beiträge während längerer Zeit verpflichtet in diesem Falle die Kasse zur Leistung ebenso wie wenn ein Versicherungsverhältnis zu Recht bestanden hätte. Daher spricht man in solchem Falle von einem formalrechtlichen Versicherungsverhältnis, denn die formalen Handlungen der Beteiligten erzeugen dieselben Rechtswirkungen wie ein rechtmäßiges Versicherungsverhältnis, wenn ein Versicherungsfall eintritt, bevor der Irrtum entdeckt ist. Die Beitragsleistung hat in diesem Falle also den Erfolg gehabt, daß die Kasse zur Gewährung der Versicherungsleistungen verpflichtet war und sie auch in zwei Fällen gewährt hat. Unter diesen Umständen ist die Kasse durch die Beiträge nicht ohne rechtlichen Grund bereichert worden. Sie hat die Gegenleistungen gewährt, wobei es entsprechend der Natur der Versicherungsbeiträge nicht darauf ankommt, ob die Leistungen größere oder geringere Geldaufwendungen erforderten, als die empfangenen Beiträge ausmachten. Die Beiträge sind versicherungstechnisch das vollwertige Aquivalent für die zu gewährenden und gewährten Leistungen. Daher können sie nach Eintritt des Versicherungsfalles und nach dem Eintreten der Kasse nicht mehr zurückgefordert werden. Das ist in der Lehre und Rechtsprechung der Reichsversicherung allgemein anerkannt (vgl. Hahn, Handb. der Krankenvers. 8./9. Aufl. Bd. 1 S. 343, Hoffmann, Monatsschr. für Arb.- und AngestVers. 1915 Sp. 429 unten, Stier-Somlo, Zentralbl. der Reichsvers. 1912 S. 410 Sp. 1, Hoeniger, MoSchr. 1917 Sp. 600).

Es ist lediglich noch bestritten, ob nach Eintritt eines Versicherungsfalles das formalrechtliche Versicherungsverhältnis bis zur Aufdeckung des Irrtums noch fortbesteht mit der Folge, daß ohne Rücksicht auf die weitere Dauer der Beitragsleistung die Kasse auch zu erneuter Unterstützung in einem weiteren Versicherungsfalle verpflichtet ist und die weiter geleisteten Beiträge bis zur Kenntnis von der Unrichtigkeit der Meldung ebenfalls verfallen. Hahn (a. a. O.) verneint das und meint, daß die Beiträge für die Folgezeit wieder als ohne Rechtsgrund geleistet zurückgefordert werden könnten. Anderer Ansicht sind Stier-Somlo (a. a. O.) und Hoeniger (a. a. O.). Das Versicherungsamt schließt sich der besser begründeten letzteren Auffassung an. Es nimmt also an, daß das einmal durch den Eintritt eines Versicherungsfalles nach dreimonatiger Beitragsleistung zustandegekommene formalrechtliche Versicherungsverhältnis so lange fortbestehen muß, bis der Irrtum aufgedeckt ist und die Kasse Kenntnis von der Versicherungsfreiheit des zu Unrecht Versicherten erhalten hat. Die Kasse hat nach dem fortwirkenden § 213 RVO. das Risiko weiterer Unterstützungen auch für die Folgezeit tragen müssen. Die weiter geleisteten Beiträge sind die Gegenleistung für die Pflicht zu erneuter Unterstützung bei weiteren Versicherungsfällen, bis nach Aufdeckung des Irrtums die Verpflichtung der Kasse für weitere neue Unterstützungsfälle einzutreten erlischt. Die Beiträge können daher erst von dem Zeitpunkt ab zurückgefordert werden, mit dem die Kasse Kenntnis von der Unrichtigkeit der Meldung erhalten hat. Das war aber nicht der 3. September, wie die Kasse annimmt, sondern der 24. August 1921. Denn am 24. August wurde die Beschwerde des Antragstellers, aus der sich die Unrichtigkeit der Meldung ergab, bei der Kasse eingereicht. An diesem Tage erhielt sie Kenntnis von der unrichtigen Meldung, wobei es rechtlich bedeutungslos ist, daß sie darauf nicht sofort einging, sondern zunächst die Beschwerde an das Versicherungsamt weitergab. Es war daher zu entscheiden, wie geschehen.

Anmerkung: Wir können nicht finden, daß im Handb. der KrVers. von Hahn im zweiten Punkte der Entsch. eine hiervon abweichende Meinung vertreten sei. Auch Hahn nimmt (Anm. 3 zu § 213) nur an, daß, „sobald der Irrtum festgestellt ist", Beiträge zurückzuweisen seien und Leistungsansprüche aus einem späteren Versicherungsfalle nicht mehr hergeleitet werden können.

B. Zur Unfallversicherung.

Die auf öffentlich-rechtlicher Pflicht beruhende Löschhilfe eines Landwirts ist keine versicherte Betriebstätigkeit.

Rekursentsch. des bayer. Landesversicherungsamts vom 7. Juni 1921.

Es steht fest und wird auch von der Vorinstanz angenommen, daß der Ehemann der Rekursbeklagten zur Zeit, als der Brand im Anwesen Hs.-Nr. 3 ausbrach, Mitglied der freiwilligen Feuerwehr S. und als solcher zur Dienstleistung bei dem Brande verpflichtet war. Hiervon wäre er nur dann befreit gewesen, wenn sich die Brandstätte unmittelbar neben oder gegenüber seinem eigenen Anwesen befunden hätte und letzteres durch den Brand gefährdet gewesen wäre. Diese Voraussetzungen lagen jedoch nicht vor. Nach dem auf genauer Messung beruhenden Bericht des Bezirksbaumeisters vom 19. Oktober 1920 beträgt die Entfernung von dem Hause des verunglückten G. bis zu dem abgebrannten Anwesen 94 Meter und liegt das erstere nach dem mit dem Bericht vorgelegten Lageplan weder unmittelbar

Digitized by Google

neben noch gegenüber der Brandstätte, vielmehr ist es von dieser noch durch verschiedene Gebäulichkeiten getrennt. Dafür, daß das Anwesen des G. durch den Brand in besonderem Maße und mehr als die übrigen Gebäude der Ortschaft S. gefährdet war, liegen keine Anhaltspunkte vor. Daß diese allgemeine Gefahr aber den G. nicht von seinen ihm als Mitglied der Feuerwehr obliegenden Verpflichtungen entbinden konnte, bedarf keiner weiteren Ausführung. Wollte man diese allgemeine Gefahr als Befreiungsgrund gelten lassen, dann könnte es, wie die Rekursbegründung zutreffend hervorhebt, schließlich dahin kommen, daß in kleineren eng zusammengebauten Orten gerade die zunächst zum Löschen berufene einheimische Feuerwehr völlig versagen würde.

Demgegenüber kann der dem angefochtenen Urteil zugrunde liegenden Annahme, daß der getötete G. die Hilfe in der „mutmaßlichen Absicht" geleistet habe, vor allem auch das eigene Anwesen zu schützen, und daß demnach diese Hilfeleistung eine „selbstverständliche Berufsstellung" gewesen sei, eine ausschlaggebende Bedeutung nicht beigemessen werden. Ebensowenig aber auch dem von der Vorinstanz zur Unterstützung dieser Annahme noch besonders hervorgehobenen Umstand, daß G. zur beschleunigten Bekämpfung des Brandes ohne Feuerwehrausrüstung an die Brandstelle eilte, um sich dort an den Rettungsarbeiten zu beteiligen. Dies kommt, wie der Vorstand der freiwilligen Feuerwehr S. berichtet, öfter vor, namentlich dann, wenn der betreffende Feuerwehrmann in der Nähe der Brandstätte wohnt. Selbstverständlich wird dadurch weder dessen Eigenschaft als Feuerwehrmitglied noch dessen Verpflichtung zur Dienstleistung in dieser Eigenschaft aufgehoben. Seine Tätigkeit am Brandplatz ist und bleibt auch in diesem Falle lediglich ein Ausfluß seiner öffentlich-rechtlichen Verpflichtung und kann nicht, wie etwa bei einem Brande im eigenen landwirtschaftlichen Anwesen oder wenn letzteres unmittelbar neben oder gegenüber der Brandstelle liegt und durch den Brand gefährdet ist, der landwirtschaftlichen Betriebsfähigkeit des betreffenden Feuerwehrmannes zugerechnet werden (vergl. Hanow, Komm. zur RVO. § 544 Anm. 12 und Entsch. und Mittlg. des RVAmts Bd. 6 S. 247). Darauf, was sich der ohne Feuerwehrausrüstung an die Brandstelle eilende Feuerwehrmann gedacht hat und in welcher Absicht er sich dahin begab und ob bei ihm hierbei insbesondere die Absicht der Abwendung einer eigenen Gefahr überwog, kommt es bei einer Sachlage, wie der hier in Rede stehenden, nicht an.

(Breithaupt.)

C. Zur Angestelltenversicherung.

Grundsätzliche Entscheidungen des Oberschiedsgerichts für Angestelltenversicherung.

(„Angestelltenversicherung" Nr. 10 S. 196 ff.)

Nr 486. Abgesehen von dem Falle des § 395 des Versicherungsgesetzes für Angestellte ist eine Abkürzung der Wartezeit durch Vorauszahlung der zu ihrer Erfüllung noch fehlenden Beiträge nicht zulässig.

Nr. 487. Ein Anspruch auf Abfindung nach § 60 des Versicherungsgesetzes für Angestellte besteht nicht, wenn die Versicherte gemäß § 390 a. a. O. von der eigenen Beitragsleistung befreit war.

Nr. 488. Angestellte im Sinne des § 4 der Verordnung vom 28. August 1918 (RGBl. S. 1085) sind Angestellte, die nach dem Versicherungsgesetz für Angestellte versicherungspflichtig waren und nach Ausbruch des Krieges aus der Versicherungspflicht wegen Erhöhung ihres Jahresarbeitsverdienstes auf über 5000 ℳ ausgeschieden sind. Diese Personen sind berechtigt, sich unter den im § 3 Abs. 2 der Verordnung vom 28. August 1918 bezeichneten Bedingungen und mit der dort bestimmten Rechtswirkung freiwillig weiter zu versichern.

Nr. 489. Freiwillig entrichtete Beiträge, auf welche die Voraussetzungen des § 4 der Verordnung vom 28. August 1918 (RGBl. S. 1085) zutreffen, gelten als Pflichtbeiträge nicht nur im Sinne des § 48, sondern auch des § 396 des Versicherungsgesetzes für Angestellte.

Nr. 490. Der Grundsatz, daß die Frage der Versicherungspflicht im Verfahren über den Leistungsanspruch mitzuprüfen ist (Entsch. des Oberschiedsgericht vom 5. Mai 1920 — P. 214/19 — AVN. 1920 S. 158 Nr. 409), wird aufrechterhalten.

Nr. 491. Die Nachentrichtung von Pflichtbeiträgen nach § 10 Abs. 2 des Gesetzes vom 31. Mai 1920 (RGBl. S. 1144) steht auch den im § 60 Abs. 2 des Versicherungsgesetzes für Angestellte bezeichneten Anspruchsberechtigten zu.

Nr. 492. Ist ein Versicherter von seinem neuen inländischen Wohnort aus in der Lage, die Beiträge zur Angestelltenversicherung zu entrichten, so reicht die vorausgegangene Ausweisung aus seinem Beschäftigungsort infolge einer drohenden feindlichen Besetzung nicht aus, die Voraussetzungen des § 8 der Bekanntmachung vom 26. August 1915 (RGBl. S. 531) zu erfüllen.

Nr. 493. Die Frage, ob ein Angestellter eine an sich versicherungspflichtige Tätigkeit auch nach dem Kriege fortzusetzen beabsichtigt, ist nach den gesamten zur Zeit der Entscheidung vorliegenden Tatumständen zu prüfen. Dieser in der Entsch. Nr. 318, AVN. 1919 S. 10, aufgestellte Grundsatz wird aufrechterhalten.

Nr. 494. Bei Ermittlung der Versicherungs-

Digitized by Google

pflicht können nur solche Gewinnanteile in Betracht gezogen werden, welche der Angestellte entweder eine Reihe von Jahren hindurch in einer gewissen gleichmäßigen Höhe bezogen hat oder auf welche er, von nicht vorauszusehenden besonderen Zufällen abgesehen, mit Bestimmtheit rechnen konnte.

Zur Rechtslage von Deutschen, die früher in abgetretenen Gebieten wohnten.

Beschluß des Direktoriums der **Reichsversicherungsanstalt für Angestellte** v. 3. Oktober 1921. („AngestVers." S. 194.)

Versicherten, die die deutsche Reichsangehörigkeit besitzen und im deutschen Reichsgebiete wohnen oder beschäftigt sind, sollen beim Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen auch dann Leistungen gewährt und Beiträge erstattet werden, wenn sie früher in einem vom Deutschen Reiche abgetretenen Gebiete gewohnt haben oder beschäftigt gewesen sind. Die etwa an eine ausländische Versicherungsanstalt entrichteten Beiträge sollen hierbei als Ersatztatsachen im Sinne des § 51 AVG. berücksichtigt werden. Der Besitz der deutschen Reichsangehörigkeit soll nur dann geprüft werden, wenn sich aus besonderen Gründen ein Anlaß zu dieser Prüfung ergibt. Ferner genügt es, wenn die Entrichtung von Beiträgen an die ausländische Versicherungsanstalt glaubhaft nachgewiesen wird.

§ 208 AngestVersGes. gilt nicht für Beiträge, die über den Tod oder den Todestag hinaus gezahlt sind.

Urteil des **Oberschiedsger. f. AngestVers.** vom 20. Januar 1921 (P. 271/26).

Der Anspruch auf Hinterbliebenenrente ist nach § 396 AngestVersGes. nur begründet, wenn nachgewiesen ist, daß mindestens sechzig Beitragsmonate auf Grund der Versicherungspflicht zurückgelegt worden sind. Die Hinterbliebenenrente beginnt nach § 32 a. a. O. regelmäßig mit dem Todestage des Ernährers; ist der Versicherte verschollen, so stellt nach § 34 AngestVersGes. der Rentenausschuß den Todestag nach billigem Ermessen fest. Im vorliegenden Falle ist am 9. März 1920 ein gerichtliches Ausschlußurteil ergangen, in welchem als Todestag der 31. Juli 1917 festgestellt worden ist. Diese Todeserklärung begründet nach § 18 Bürgerl. Gesetzb. die Vermutung, daß der Verschollene in dem im Ausschlußurteil angegebenen Zeitpunkte gestorben sei, erübrigt also eine besondere Feststellung des Rentenausschusses, wie sie § 34 AngestVersGes. für den Fall vorsieht, daß nicht bereits anderweit mit recht erheblicher Wirkung der Todeszeitpunkt festgestellt worden ist. Deshalb ist es auch nicht zu beanstanden, wenn der Rentenausschuß in seinem Bescheide vom 19. August 1920 von einer besonderen Feststellung nach § 34 AngestVersGes. abgesehen, sondern als Todestag ohne weiteres den 31. Juli 1917 angesehen hat. Ist dieser Tag schlechthin für den Beginn der Hinterbliebenenrente nach § 32 AngestVersGes. in dem Sinne maßgebend, daß später entrichtete Beiträge nicht mehr in Betracht kommen, so ist der darauf gerichtete Anspruch ohne weiteres unbegründet, denn nach den beigebrachten Unterlagen sind bis zum 31. Juli 1917 zur Erfüllung der Wartezeit auf Grund der Versicherungspflicht oder als Kriegsdienstmonate im Sinne der Bekanntmachung vom 26. August 1915 (RGBl. S. 531) nur 55 Beitragsmonate nachgewiesen. Dies verkennt auch der Rentenausschuß nicht, er zieht aber zugunsten der Hinterbliebenen in Betracht, daß noch bis Ende Februar 1919 die Arbeitgeberin Beiträge für den bisherigen Arbeitnehmer entrichtet hat, und nimmt ferner an, daß diese Beiträge, soweit sie zur Erfüllung der Wartezeit in Betracht kämen, als auf Grund der Versicherungspflicht geleistet, angesehen werden müßten, da die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte nicht innerhalb eines Jahres nach der Einzahlung des am 21. Januar 1918 entrichteten 60. Beitrags die Versicherungspflicht nach § 208 Angest.-VersGes. mit der Begründung beanstandet habe, daß die seit dem 31. Juli 1917 bis zur Erfüllung der Wartezeit gezahlten Beiträge zu Unrecht entrichtet worden seien.

Dieser zu weitgehenden Auslegung des § 208 des Versicherungsgesetzes für Angestellte vermag das Oberschiedsgericht nicht zu folgen. Es hat zwar in der grundsätzlichen Entsch. vom 28. Mai 1919 — P. 60/19 —, AVN 1919 S. 165 Nr. 352, ausgesprochen, daß, soweit es sich um den Anspruch eines berufsunfähigen Angestellten auf Ruhegeld nach § 25 AngestVersGes. handelt, der § 208 desselben Gesetzes auch Fälle trifft, in denen die Beiträge von dem bisher Versicherten nach Eintritt des Versicherungsfalls entrichtet worden sind, da diese Vorschrift, entsprechend dem § 1445 Abs. 3 RVO. bezweckt, Beiträge, die innerhalb der gesetzlich bestimmten Frist nicht beanstandet worden sind, zu schützen. Der wesentliche Unterschied des dort behandelten Falles von dem vorliegenden ist aber ohne weiteres erkennbar. Im Falle der Berufsunfähigkeit ist der Zeitpunkt ihres Eintritts und damit auch des Versicherungsfalls oft schwierig zu bestimmen, und es ist daher sehr wohl möglich, daß erst spätere Feststellungen ergeben, daß für den Versicherten Beiträge noch nach Eintritt des Versicherungsfalls entrichtet worden sind. Aus diesem Grunde will § 208 AngestVersGes. solche Beiträge schützen, wenn nicht die Reichsversicherungsanstalt innerhalb eines Jahres nach der Einzahlung der Beiträge die Versicherungspflicht oder das Recht zu freiwilliger Versicherung beanstandet. Anders liegt es im Falle des Todes des Versicherten. Hier kommt eine Fortdauer der Versicherung oder der Versicherungspflicht über den Zeitpunkt des Todes

Digitized by Google

nicht in Frage. Wenn daher gleichwohl über diesen Zeitpunkt hinaus mit Absicht oder in irrtümlicher Annahme der Fortdauer des Lebens oder der Versicherungspflicht Beiträge entrichtet worden sind, so können doch in einem solchen Falle die Beiträge nicht als „auf Grund der Versicherungspflicht", wie sie § 396 AngestVersGes. voraussetzt, entrichtet angesehen werden, vielmehr hat die Versicherungspflicht mit dem Tode des Versicherten ihr natürliches Ende erreicht, und es kann sich daher nur noch um den Anspruch auf Rückzahlung irrtümlich geleisteter Beiträge handeln (§ 209 AngestVersGes., a. a. O., § 4 der Bekanntm. vom 26. August 1915, RGBl. S. 531). Was aber für den Todesfall des Versicherten gilt, hat in gleicher Weise für den Fall seiner Todeserklärung zu gelten. Mit der Todeserklärung tritt nach § 18 Bürgerl. Gesetzb. die Vermutung ein, daß der Verschollene in dem aus dem Ausschlußurteil ersichtlichen Zeitpunkte gestorben ist. Bis zur Widerlegung dieser Vermutung ist daher der Verschollene auch versicherungsrechtlich als in dem angegebenen Zeitpunkte gestorben zu behandeln, und es kann von einer Fortdauer der Versicherung oder der Versicherungspflicht über den bezeichneten Zeitpunkt hinaus keine Rede sein (zu vergl. auch Amtl. Nachr. des RVA. 1918 S. 455 Nr. 2482).

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Der Verband der deutschen landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften

hielt am 12. und 13. Oktober 1921 in Jena seinen Verbandstag ab. Im Anschluß an den durch den Vorsitzenden des Ständigen Ausschusses, Geheimen Regierungsrat Dr. Schroeder und den Verbandssyndikus Landesrat Schrader erstatteten Geschäftsbericht faßte der Verbandstag zwei Entschließungen. In der einen wird gegen etwaige Pläne, die bisherige Kostenlosigkeit der Rentenzahlungen durch die Post zu beseitigen, Protest erhoben. Die Kostenlosigkeit der Rentenzahlung sei stets betrachtet worden als eine Unterstützung der Versicherungsträger durch das Reich. Diese einzige Beisteuer, die das Reich zu den Lasten der Unfallversicherung gewähre, dürfe den Berufsgenossenschaften in der jetzigen schwierigen Lage nicht entzogen werden. In der zweiten Entschließung erhebt der Verbandstag Protest gegen die Bestimmung des Gesetzes vom 11. Juli 1921 über die Einkommensteuer vom Arbeitslohn, nach der auch die Sozialrenten dem Steuerabzug unterworfen werden. Dies sei als ein Unding zu bezeichnen in einer Zeit, in der Reichsregierung, Reichstag und Berufsgenossenschaften damit beschäftigt seien, Wege zu finden, um der Notlage der Sozialrentner abzuhelfen. Die Berufsgenossenschaften seien auch nicht imstande, den Steuerabzug durchzuführen, da sie unmöglich die dafür maßgebenden Verhältnisse der großen Zahl von Rentenempfängern dauernd übersehen können.

Über die Ausgestaltung des Gefahrtarifwesens berichteten Landesrat Meyer (Königsberg) und Oberregierungsrat Dr. Hahn (Augsburg). Es wurde ein Antrag angenommen, in dem der Ständige Ausschuß beauftragt wird, ein Muster für ein Unfallverzeichnis zu entwerfen und dem nächsten Verbandstag vorzulegen, durch dessen Benutzung seitens der einzelnen Berufsgenossenschaften die Möglichkeit geschaffen wird, die Unfallgefährlichkeit der eigentlichen Landwirtschaft, der Forstwirtschaft, des Weinbaues, der Gärtnereien und der Nebenbetriebe im Verhältnis zueinander festzustellen und eine gemeinsame Statistik als Unterlage für einen Normaltarif zu gewinnen.

Nach dem Berichte des Geheimen Ökonomierats Dr. Andrä (Dresden) waren sämtliche bisherigen Normal-Unfallverhütungsvorschriften des Verbandes einer Durchsicht unterzogen worden. In vielen Punkten hatte sich die Notwendigkeit einer Änderung ergeben. Insbesondere ist durch Verhandlungen mit den Eisen- und Stahl-Berufsgenossenschaften erreicht worden, daß deren Unfallverhütungsvorschriften für Dreschereien mit denen der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften sachlich übereinstimmen. Eine gänzliche Umgestaltung haben die Unfallverhütungsvorschriften für landwirtschaftliche Nebenbetriebe erfahren.

Landesrat Dr. Stahl (Münster) berichtete über die Verhandlungen des Verbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften mit dem Ärztevereinsbund über einen Ärztevertrag. Wie früher schon lehnte auch der diesjährige Verbandstag eine Regelung der Arztgebühren durch einen Reichstarif ab und hielt an einer Regelung der Arztgebühren durch örtliche Vereinbarungen fest.

Landesrat Gercke (Stettin) berichtet über die Zusammenarbeit mit den Hauptfürsorgestellen der Kriegsbeschädigtenfürsorge auf dem Gebiete der Fürsorge für die schwerbeschädigten Unfallverletzten. Die von dem Verbandstag gebilligten Leitsätze fordern, daß die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften sich dieser Fürsorge auch außerhalb des Heilverfahrens annehmen, sowohl durch die Vermittlung von Arbeitsgelegenheit als auch durch Förderung einer etwa erforderlichen Umschulung der Unfallverletzten.

Die Kosten des Heilverfahrens bei „Halbversicherten".

Die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte schreibt uns:

„In Nr. 230 des „Tag" wendet sich Dr. Otto Meltzing (Charlottenburg) dagegen, daß die Reichsversicherungsanstalt die Gewährung von Heilverfahren an diejenigen Angestellten, die auf Grund eines Lebensversicherungsvertrages von der Leistung ihrer Beitragshälften befreit sind, von der Leistung der Hälfte der voraussichtlichen Kosten als Zuschuß abhängig macht. Die Anstalt habe nicht das mindeste Recht, sich auf diese Weise zuungunsten der Halbversicherten von Ausgaben zu entlasten, und alle Halbversicherten sollten dieses Verlangen als ungesetzlich zurückweisen. § 392 des Versicherungsgesetzes für Angestellte, nach dem die Halbversicherten nur die halben Leistungen des Gesetzes erhalten, sei nicht anwendbar, da keine Rede davon sein könne, daß das Heilverfahren eine Leistung im Sinne des Gesetzes darstelle; im Gegenteil sei es eine in das Ermessen der Anstalt gestellte Maßnahme zur Verhinderung der vorzeitigen Inanspruchnahme von Leistungen.

Digitized by Google

Die Auffassung, daß das Heilverfahren keine Leistung im Sinne des Gesetzes sei, ist bisher nicht vertreten worden, steht auch im Widerspruch zu der Wertschätzung, dessen es sich bei den Versicherten erfreut. Die Reichsversicherungsanstalt erblickt im Heilverfahren sogar eine ihrer bedeutungsvollsten Leistungen. Sie hat daher im Jahre 1920 etwa 45 Millionen Mark für Heilverfahren aufgewendet; im Jahre 1921 werden die Kosten voraussichtlich etwa 65 bis 70 Millionen betragen. Indessen kann die Frage, ob das Heilverfahren eine Leistung im Sinne des Versicherungsgesetzes für Angestellte sei oder nicht, dahingestellt bleiben; denn auch abgesehen von § 392 des Gesetzes ist das Verlangen eines Zuschusses in Höhe der Hälfte der Heilverfahrenskosten gesetzlich und moralisch berechtigt. Ob im einzelnen Fall ein Heilverfahren zu gewähren ist, steht im Ermessen der Reichsversicherungsanstalt. Demgemäß ist sie auch berechtigt, die Gewährung eines Heilverfahrens von der Leistung eines Zuschusses abhängig zu machen. Die unterschiedslose Bewilligung von Heilverfahren an Voll- und Halbversicherte würde auch eine ungerechte Bevorzugung der letzteren auf Kosten der Vollversicherten bedeuten, zumal schon die Nachprüfung und laufende Überwachung der Befreiung von der eigenen Beitragsleistung beträchtliche Aufwendungen erfordert. In den Kreisen der Versicherten und ihrer Arbeitgeber wird der Standpunkt der Reichsversicherungsanstalt durchaus gebilligt. Den Halbversicherten wird zu empfehlen sein, sich an ihre Lebensversicherungsgesellschaften, denen ebenfalls an der Verhütung des vorzeitigen Eintretens des Versicherungsfalles gelegen sein muß, wegen Erstattung des Zuschusses zu wenden."

Uns erscheint die von der Reichsversicherungsanstalt vertretene Auffassung völlig zweifels- und einwandsfrei.

Vertragliche Regelung der Beziehungen zwischen landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften und Landkrankenkassen gemäß § 1513 RVO.

Das Reichsversicherungsamt hat unterm 11. Juli 1921 folgendes bekannt gemacht (Amtl. Nachr. S. 349):

Im Einvernehmen mit dem Reichsversicherungsamte haben der Verband der deutschen landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften und der Allgemeine Verband deutscher Landkrankenkassen über ihre aus der Durchführung des Heilverfahrens bei Unfallverletzten gemäß § 1513 der Reichsversicherungsordnung sich ergebenden Beziehungen am 2. Februar 1921 nachstehendes Abkommen getroffen:

§ 1. — Die Landkrankenkasse übernimmt die Verpflichtung, Unfallverletzte der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft bei allen von dieser bezeichneten Verletzungsarten unverzüglich Heilanstalten oder Fachärzten, die ihr die Berufsgenossenschaft im voraus bezeichnet hat, zu überweisen und der Berufsgenossenschaft die Überweisung sofort unter Benutzung eines Vordrucks mitzuteilen.

Die Kasse hat, erforderlichen Falles mit den ihr zu Gebote stehenden Zwangsmitteln (Ablehnung der Kostenerstattung bei ambulanter ärztlicher Behandlung, Sperrung des Krankengeldes bei Krankenhausbehandlung), nachdrücklichst darauf hinzuwirken, daß der Verletzte ihren Anordnungen nachkommt. Verweigert der Verletzte die von der Kasse angeordnete Behandlung, bricht er sie eigenmächtig ab oder veranlaßt er durch sein Verhalten die vorzeitige Entlassung aus der Behandlung, so hat die Kasse der Berufsgenossenschaft hiervon ungesäumt unter Mitteilung der gegen den Verletzten verhängten Zwangsmaßnahmen Nachricht zu geben.

§ 2. — Die im § 1 vorgesehene Mitwirkung der Kassen erstreckt sich auf sämtliche Verletzungen und Erkrankungen, welche nach den Angaben der Verletzten oder des Kassenarztes auf einen landwirtschaftlichen Betriebsunfall zurückzuführen sind. Die Kassen haben bei allen Personen, welche in land- oder forstwirtschaftlichen Betrieben oder Nebenbetrieben beschäftigt sind, die Ursache der Verletzung oder Erkrankung sowie Art und Zweck der Betriebstätigkeit, welcher die Verletzung oder Erkrankung zur Last gelegt wird, sofort festzustellen. Die Vordrucke für die Krankenscheine sind (soweit sie dem noch nicht entsprechen) durch eine vom Arzte zu beantwortende Frage zu ergänzen.

§ 3. — Die Kassen lassen sich die pünktliche Erfüllung der ihnen durch § 1512 der Reichsversicherungsordnung auferlegten Pflichten zur Anmeldung von Betriebsunfällen besonders angelegen sein.

§ 4. — Wenn die Kassen unter Beachtung der ihnen in den §§ 1 und 2 auferlegten Pflichten einen Unfallverletzten einem Krankenhaus oder einem Facharzt zur Behandlung zuführen, so gilt das Heilverfahren als von den Berufsgenossenschaften gemäß § 1513 Abs. 1 Satz 1 der Reichsversicherungsordnung übernommen. Die Berufsgenossenschaft trägt die gesamten Kosten des Heilverfahrens einschließlich der Kosten der Überführung. Sie beschränkt den ihr nach § 1513 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung gegen die Krankenkasse zustehenden Ersatzanspruch darauf, daß die Krankenkasse der Berufsgenossenschaft erstattet bei offener (ambulanter) Behandlung den Betrag des Krankengeldes, bei geschlossener (stationärer) Behandlung den Betrag des Hausgeldes, auf den der Verletzte gegen die Krankenkasse Anspruch gehabt hätte, wenn sie das Heilverfahren in dieser Weise auf eigene Kosten durchgeführt hätte. Die Berufsgenossenschaft verzichtet auf den Ersatz für Krankenpflege, der ihr gemäß § 1513 Abs. 2 in Höhe von drei Achteln des Grundlohns zusteht.

Die Kassen besorgen die Auszahlung des Krankengeldes, Hausgeldes und des besonderen Krankengeldes (§ 194 Nr. 2 der Reichsversicherungsordnung) an die Berechtigten für die Berufsgenossenschaft.

§ 5. — Haben die Kassen bei der gemäß § 1 getroffenen Heilmaßnahme für eine Verletzung oder Erkrankung, welche vom Verletzten oder Kassenarzt auf einen Unfall bei der Tätigkeit in einem landwirtschaftlichen Betriebe zurückgeführt wird, irrtümlich die Entschädigungspflicht der Berufsgenossenschaft angenommen, so wird die Berufsgenossenschaft ihren Verpflichtungen aus § 4 so lange nachkommen, bis der Kasse eine Mitteilung der Berufsgenossenschaft zugeht, daß sie die Verletzung oder Erkrankung nicht für entschädigungspflichtig erachtet. Hat in einem solchen Falle Krankenhausbehandlung stattgefunden, so trägt die Berufsgenossenschaft die Kosten der Krankenhausbehandlung bis zu dem Zeitpunkt, zu welchem der Zustand des Verletzten die Entlassung in die übliche kassenärztliche Behandlung gestattet.

§ 6. — Übernimmt die Berufsgenossenschaft das Heilverfahren ohne die in den §§ 1 und 2 bezeichnete Mitwirkung der Kasse, so finden die Bestimmungen dieses Abkommens keine Anwendung.

§ 7. — Gewähren die Krankenkassen in Fällen, welche von der Bestimmung des § 1 nicht getroffen

Digitized by Google

werden, einem Unfallverletzten kassenärztliche Behandlung und ist auf Anraten des Kassenarztes aus besonderen Gründen Krankenhausbehandlung oder fachärztliche Behandlung zur Förderung des Heilerfolges zu gewähren, so sind die Berufsgenossenschaften bereit, den Kassen für die ihnen hierdurch erwachsenden Aufwendungen nach Maßgabe des § 4 Ersatz zu leisten, sofern sie von den getroffenen Maßnahmen unverzüglich der Berufsgenossenschaft zur Genehmigung Kenntnis geben.

Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Kasse von der Berufsgenossenschaft innerhalb einer Woche seit Empfang der Mitteilung keine gegenteilige Nachricht erhält. Bei Krankenhausbehandlung findet jedoch eine Schadloshaltung der Kassen gemäß § 4 nur statt, wenn die Kasse die Unfallverletzten Heilanstalten oder Fachärzten zuführt, welche ihr die Berufsgenossenschaft gemäß § 1 Abs. 1 bezeichnet hat.

§ 8. — Die Verbände werden Berufsgenossenschaften, Landkrankenkassen sowie den provinziellen Landkrankenkassenvereinigungen das Abkommen zur Annahme empfehlen und sie zur Erklärung auffordern, ob sie dem Abkommen beitreten.

Die Beitrittserklärung bindet den Versicherungsträger gegenüber den Versicherungsträgern der anderen Art nach Maßgabe der Richtlinien.

Unberührt hiervon bleibt das Recht der einzelnen Versicherungsträger, Sondervereinbarungen zu treffen, bestehende Vereinbarungen fortbestehen zu lassen und einzelne Punkte dieser Richtlinien von der Anwendung auszuschließen. Der Ausschluß von Bestimmungen der Richtlinien ist jedoch nur rechtswirksam, wenn er gleichzeitig mit der Beitrittserklärung angezeigt wird.

§ 9. — Die Beitrittserklärung zu den Bestimmungen dieser Richtlinien bindet die Versicherungsträger zunächst bis zum 31. Dezember 1921 und dann weiter auf je ein Jahr, wenn nicht bis zum 30. September des laufenden Jahres dem Verbande gegenüber schriftlich der Rücktritt erklärt wird.

Für die Erledigung derjenigen Fälle, in denen bereits eine Ersatzpflicht für einen der beiden Teile nach Maßgabe dieser Richtlinien entstanden war, bleiben diese weiter maßgebend.

§ 10. — Die Verbände werden einander und dem Reichsversicherungsamte die Beitritts- und Rücktrittserklärungen übermitteln.

§ 11. — Diese Richtlinien treten mit ihrer Veröffentlichung in den Amtlichen Nachrichten des Reichsversicherungsamts in Kraft.

Auf schwebende Streitfälle sollen tunlichst die Richtlinien Anwendung finden.

Die Vereinbarungen zwischen Dentisten und Krankenkassen,

die wir im Heft 3 S. 54 mitgeteilt haben, sind durch ein weiteres Abkommen vom 3. Okt. 1921 in folgenden Punkten geändert worden:

IV. Die Bezahlung erfolgt nach den folgenden Sätzen:

	Gruppe I:	Gruppe II:
1. Beratung eines Kranken einschl. Untersuchung und etwaiger schriftlicher Verordnung		
a) in der Wohnung des Dentisten während der Sprechstunde	3,— M.	2,— M.
Die Berechnung für eine Beratung ist unzulässig, wenn eine Verrichtung berechnet wird.		
b) in der Wohnung des Kranken	6,— „	4,— „
2. Ausziehen eines Zahnes oder dessen Wurzeln . .	3,— „	2,25 „
3. Örtliche Betäubung		
a) durch Vereisung . . .	3,— „	2,25 „
b) durch Injektion bis zu 2 nebeneinanderstehenden Zähnen	5,— „	4,— „
c) Betäubung einer Kieferhälfte durch Injektion höchstens	10,— „	8,— „
4. Für die Narkose ohne ärztliche Assistenz und Medikamente	15,— „	12,— „
5. Öffnen eines Abzesses oder ähnliche kleinere Verrichtungen	4,— „	3,— „
6. Für die Stillung einer erheblichen Nachblutung für jede Sitzung	3,— „	2,40 „
7. Abätzung einer Zahnpulpa (Darf nur berechnet werden, wenn Patient die weitere Behandlung unmöglich macht.)	3,50 „	2,75 „
8. Abätzung einer Zahnpulpa einschl. Amputation, Extraktion, Überkappung und gesamter Wurzelfüllung . . .	8,— „	6,— „
9. Vorbehandlung eines wurzelkranken Zahnes einschl. gesamter Wurzelfüllung . .	10,— „	8,— „
10. a) Füllung aus plastischem Material	8,— „	6,50 „
b) Silikatfüllung für die 6 oberen und unteren Frontzähne	12,— „	9,50 „
11. Zahnsteinentfernung bei Erkrankung eines Kiefers .	4,— „	3,— „
beider Kiefer	6,50 „	5.— „
12. Abschleifen scharfer Ränder, je Zahn	2,50 „	2,— „
13. Trennung engstehender Zähne für je 2 benachbarte Zahnflächen, je	2,50 „	2,— „

Zur Gruppe I gehören die in der Reichsbesoldungsordnung unter die Ortsklassen a und b fallenden Orte, zur Gruppe II gehören alle unter die Ortsklassen c, d, e fallenden Orte. In den Orten der Ortsklasse b der Reichsbesoldungsordnung findet ein Abschlag von 10 v. H. statt. Bei den Orten der Ortsklasse c der Reichsbesoldungsordnung erfolgt ein Zuschlag von 10 v. H. zu den Sätzen der Gruppe II. Großstädte mit mehr als 300 000 Einwohnern zählen im Sinne dieser Vereinbarung stets zur Ortsklasse a.

Für Auskünfte, Feststellungen und alle schriftlichen Äußerungen, die für die Kasse notwendig werden, wird keine besondere Vergütung bezahlt.

Zusatz: Wo im Bereich einer Landesversicherungsanstalt Vergütungen für Zahnersatz nicht vereinbart sind, bleiben sie örtlicher Vereinbarung vorbehalten.

Diese Vereinbarungen treten am 1. Oktober 1921 in Kraft. Sie gelten bis zum 31. Dezember 1922. Werden diese Vereinbarungen nicht bis zum 30. September 1922 gekündigt, so gelten sie auch für das Jahr 1923.

Laufende Verträge werden durch diese Vereinbarung nicht berührt.

Digitized by Google

Schrifttum.

Die Verfassung des Deutschen Reichs v. 11. 8. 19. Mit Einleitung und Kommentar von Geheimrat Professor Dr. Ad. Arndt. Zweite verbesserte und vermehrte Auflage. Berlin und Leipzig 1921 im Verlage der Vereinigung wissenschaftlicher Verleger, Walter de Gruyter & Co. 270 Seiten. Preis geb. 18 *M*.

In der handlichen Form der bekannten Guttentagschen Sammlung deutscher Reichsgesetze (Nr. 137) liegt hier die gediegene Arbeit des bekannten Staatsrechtslehrers über die neue Reichsverfassung vor. Sie gibt in der Einleitung Aufschluß über die geschichtliche Entwicklung von dem „völkerrechtlichen Verein der deutschen souveränen Fürsten und Freien Städte", als welcher in der Wiener Schlußakte vom 15. 5. 1820 der Deutsche Bund — ein Staatenbund, kein Bundesstaat — gekennzeichnet wurde, über den Norddeutschen Bund auf Grund des Bündnisvertrages der beteiligten Staaten v. 18. 8. 1866 und weiter über die Verfassungsurkunde für das Deutsche Reich v. 16. 4. 1871 bis zur Revolution v. 9. 11. 18, dann bis zu dem von der Nationalversammlung als alleinigem Träger der Souveränität erlassenen Gesetz v. 10. 2. 19 über die vorläufige Reichsgewalt und dem Übergangsgesetze v. 4. 3. 19 und schließlich bis zu der jetzt geltenden Verfassung des Deutschen Reichs v. 11. 8. 19. Dieses, das Deutsche Reich in der Form einer demokratisch-parlamentarischen Republik, wird gekennzeichnet als ein Bundesstaat, gleich dem, der als monarchistisch-konstitutioneller Staat auf der Verfassung v. 16. 4. 1871 beruhte, nur „unter Verstärkung des unitarischen und Zurückdrängung des föderativen Elements." — Die Anmerkungen zu den einzelnen Vorschriften, wie die Vorbemerkungen zu den einzelnen Abschnitten, knüpfen vielfach an diese geschichtliche Entwicklung an, um die wesentlichen Änderungen der staatsrechtlichen Grundlagen und ihre Tragweite um so klarer hervortreten zu lassen oder fortdauernde Zusammenhänge mit dem alten Recht aufzuweisen. Die Erläuterungen beruhen auf reiflichen Überlegungen unter steter Berücksichtigung alter und neuerer Literatur. Der sprachliche Ausdruck ist klar; Druck und Ausstattung des Buches sind vortrefflich.

Kommentar zur Verfassung des Freistaats Preußen v. 30. 11. 20. Von Dr. Fritz Stier-Somlo, Professor des öffentlichen Rechts. Berlin und Leipzig 1921 im Verlage der Vereinigung wissenschaftlicher Verleger, Walter de Gruyter & Co. 319 Seiten. Preis 35 *M*.

Auch dieser Kommentar zur preußischen Verfassung gründet sich, wie der oben besprochene zur Reichsverfassung, wesentlich auf die geschichtliche Entwicklung des Staatswesens als solchen und auf eingehende Betrachtung seiner endgültigen Neugestaltung im ganzen und in den einzelnen Einrichtungen. Ihr Wesen wird auch vielfach durch Vergleich mit entsprechenden Gestaltungen in anderen deutschen Staaten sowie im Auslande lehrreich beleuchtet. Die staats- und verwaltungsrechtliche Literatur ist ausgiebig nachgewiesen, benutzt und gewürdigt. Auch wird dargelegt, daß und inwiefern die Verfassungsurkunde nicht die einzige Quelle des preußischen Staats-(Verfassungs-)Rechts ist, und es wird auf die in dieser Hinsicht in Betracht kommenden Vorschriften der Reichsverfassung und anderer Reichs- und Staatsgesetze hingewiesen. So bietet das Buch eine Fülle wertvoller Belehrung. Ein Anhang enthält die Texte des Landeswahlgesetzes, der Landeswahlordnung, des Gesetzes über die Wahlen zu den Provinziallandtagen und den Kreistagen, der entsprechenden Wahlordnungen und der Geschäftsordnung der Landesversammlung. Das Gesetz über die Wahlen zum Staatsrat ist bei Art. 43 (S. 162) abgedruckt.

Die deutsche Sozialversicherung in ihrer heutigen Gestaltung. Von Dr. B. Schmittmann, o. ö. Professor in Köln. Düsseldorf 1921 bei L. Schwann. Dritte erweiterte Auflage. 280 Seiten. Preis 26 M.

Die zweite Auflage ist hier im Jahrgang 1920 S. 235 angezeigt und begrüßt worden als der gelungene Versuch, den verwickelten, unübersichtlichen Stoff der Reichsversicherung dem Verständnis der breiten Schichten des Volkes durch eine gemeinverständliche, zusammenfassende Darstellung näher zu bringen. Inzwischen ist dieser Stoff durch zahlreiche Gesetzesänderungen und Ergänzungen noch unübersichtlicher geworden. Da war eine neue Auflage, die auch das Neue aufnahm und am gehörigen Ort einordnete, notwendig. Der Verfasser hat auch hierbei mit praktischem Geschick gewaltet.

Die Sozialhygiene in ihrem Verhältnis zur Weltanschauung und Ethik. Von Dr. Franz Walter, o. ö. Professor der Theologie. Karlsruhe i. B. 1921 bei C. F. Müller. 44 Seiten. Preis 7,70 M.

Die Schrift ist als Nr. 5 der von Dr. A. Fischer herausgegebenen Sozialhygienischen Abhandlungen erschienen. Sie erkennt die soziale Hygiene als den Teil der öffentlichen Hygiene, der sich mit den Einflüssen der sozialen Umwelt auf die Gesundheitsverhältnisse von Völkern oder Volksgruppen befaßt, hebt die so umschriebene Lehre und Kunst über bloße Erfahrungswissenschaft hinaus und legt ihre Beziehungen zur Weltanschauung, zur Sozialpolitik und zur Ethik dar, um sie weiterhin auch im Lichte gegensätzlicher Weltanschauungen zu betrachten und schließlich ihr Verhältnis zur Rassenhygiene zu beleuchten. Die wertvolle, gedankenreiche Schrift ist dem inzwischen verstorbenen Vorkämpfer der deutschen Sozialreform Franz Hitze zum 70. Geburtstag gewidmet.

Kompendium der sozialen Hygiene. Von Professor Dr. B. Chajes. Berlin 1921, Fischers Medizinische Buchhandlung H. Kornfeld. 169 Seiten. Preis geb. 36 *M*.

Der Verfasser bestimmt die soziale Hygiene als die Lehre vom Einfluß der wirtschaftlichen und sozialen Lebensbedingungen auf den Gesundheitszustand zusammengehörender großer Volksschichten und ihrer Nachkommen sowie von den Maßnahmen zur Besserung der bestehenden Gesundheitsverhältnisse dieser Schichten und ihrer Nachkommen. Er behandelt dann: Medizinalstatistik, soziale Hygiene der Wohnung und der Ernährung, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, Alkoholismus, soziale Hygiene des Kindesalters, Berufshygiene, den Schutz der Berufstätigen und die Fortpflanzungshygiene. Der Gegenstand des Buches ist von einleuchtendem Interesse für die Allgemeinheit, und die gemeinverständlich klare Darstellung macht es, weit über den Kreis der Ärzte hinaus, zu einem geeigneten Lehrbuche für alle gebildeten und lernbegierigen Volksgenossen.

Digitized by Google

Leitfaden der Wohlfahrtspflege. Von Alice Salomon unter Mitwirkung von S. Wronsky. Leipzig und Berlin 1921 bei B. G. Teubner. 169 Seiten. Preis geh. 18, geb. 22 *M*.

Ein Buch, das uns bisher gefehlt hat. Es bietet einen Überblick über Grundlagen, Entwicklung und Aufgabenkreis der Wohlfahrtspflege und ist für Lehrzwecke, für Vorbereitung auf Prüfungen und auch zur Anleitung für die in der praktischen Arbeit Stehenden bestimmt. An die Darstellung der wesentlichen theoretischen Grundlagen und einen geschichtlichen Überblick schließt sich die Darstellung der Wohlfahrtspflege der Gegenwart in ihrer so reichen Verzweigung, dann die Kennzeichnung ihrer Methoden und der ausführenden Kräfte unter möglichst vollständiger Berücksichtigung aller in Frage kommenden Träger der Wohlfahrtspflege. Eine reichhaltige Literaturübersicht im Anhange bietet Anregung zu genauerem Unterricht über die allgemeinen und viele einzelne Fragen der Wohlfahrtspflege.

Die Verfasserin ist verdientermaßen hochgeschätzt wegen ihrer eifrigen und selbstlosen, nicht nur von geistigen Erkenntnissen, sondern von innerem Herzensdrange geleiteten Betätigung in dem Gebiete, dem ihr vorliegendes Buch gewidmet ist. In dem Bestreben nach möglichster Vollständigkeit hat sie in ihre Darstellung auch viele gesetzlich geregelte Fürsorgegebiete einbezogen, selbstverständlich in sehr gedrängter Form. Manche dieser Gebiete widerstreben aber durchaus einer solchen Zusammenpressung und werden dadurch leicht zu einem Zerrbilde. Das ist besonders der Fall bei der Darstellung der Sozialversicherung (S. 137 ff.). Sie wimmelt von Irrtümern. Z. B.: Der freiwillige Beitritt zur Krankenkasse „steht Arbeitern und Angestellten (nur diesen?) offen, die wegen der Unentgeltlichkeit oder des vorübergehenden Charakters ihrer Beschäftigung (nicht auch aus anderen Gründen?) nicht versicherungspflichtig sind." Ferner: „Kleinen Unternehmern, die bis zu zwei Arbeitern (richtig: Versicherungspflichtigen!) beschäftigen und deren Jahreseinkommen 15 000 *M* (richtig: 2000 *M*!) nicht überschreitet, steht die Selbstversicherung auch offen." Die Versicherungsgrenze gilt hier überdies für alle Beitrittsberechtigte, nicht nur für die kleinen Unternehmer. Bei der Unfallversicherung wird nicht erwähnt, daß die Leistungen der Berufsgenossenschaft überhaupt erst vom Beginn der 14. Woche zu gewähren sind, sondern es wird irreführend nur bemerkt, daß für die ersten 13 Wochen die Krankenkasse „das Heilverfahren zu übernehmen hat." Bei der Invalidenversicherung werden wieder, außer den Kleingewerbetreibenden und den Hausgewerbetreibenden, fälschlich nur „Angestellte bis zum vollendeten 40. Lebensjahr" als „versicherungsberechtigt" bezeichnet. Es kommen in Wahrheit zahlreiche Personen, die nicht zu den „Angestellten" gehören, in Betracht, und nicht ihre Versicherungsberechtigung, sondern ihre Berechtigung zum freiwilligen „Eintritt" ist bis zur Vollendung des 40. Lebensjahres beschränkt; sind sie erst eingetreten, so dauert ihre Versicherungsberechtigung über jene Altersgrenze fort. Diese Stichproben mögen genügen. Es wäre besser gewesen, wenn die Verfasser hier und an anderen Stellen die maßgebenden Gesetze angezogen und etwa noch auf eine gemeinverständliche Darstellung (deren es ja mehrere gibt) verwiesen hätten. — Von dieser Bemängelung abgesehen, bietet das Buch viel Kennenswertes und Anregendes.

Beantwortung von Anfragen.

Rechtsauskünfte aus unserem Arbeitsgebiet erteilen wir den Beziehern unserer Zeitschrift bereitwillig, ohne indessen eine Verpflichtung oder eine zivilrechtliche Haftung zu übernehmen. Für schriftliche Auskunft wird Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten, und zwar auch dann, wenn nur Bescheid durch die Zeitschrift erbeten, die Sache aber zur Veröffentlichung an dieser Stelle nach unserem Ermessen nicht geeignet ist.

Zuweisung des Kassenvermögens bei Auflösung einer Kasse.

1. **Nach Bünde.** Antwort: Den nach Abwicklung der Geschäfte verbliebenen Vermögensbetrag hat das Versicherungsamt nach § 303 RVO. „unter Berücksichtigung des Mitgliederüberganges den Krankenkassen" zuzuweisen, d. h. denjenigen Kassen, zu denen Mitglieder der aufgelösten Krankenkasse übergehen (§ 300). Zu diesen Mitgliedern gehören an sich auch diejenigen, deren Rechte und Pflichten bei der aufgelösten Kasse gemäß § 517 RVO. ruhten und auch fernerhin bei ihrer neuen Kasse ruhen; aber das Gesetz besagt doch nicht, daß das Vermögen unter die mehreren Kassen genau im Verhältnis der Zahl der übergehenden Mitglieder geteilt werden müsse, sondern es läßt hierbei, nach seiner Fassung und auch nach seinem auf billige Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse gerichteten Zwecke, Abweichungen zu (zu vgl. Hahn Anm. 1b zu § 303 RVO.). Danach wird es der Regel nach gerechtfertigt sein, jene Mitglieder, für die die aufgelöste Kasse nur allenfalls das Arbeitgeberdrittel empfangen hat (zu vgl. ArbVers. 1920 S. 539 Ziff. 7), entweder ganz außer Betracht zu lassen oder nur zu einem Teile zu berücksichtigen.

Minderung des Krankengeldes infolge gesetzlicher Erhöhung der Unfallrente.

2. **Nach Cöln.** Frage: In einer Unfallsache P. haben wir in Anwendung der Bestimmung des § 1511 RVO., die wir in unsere Satzung aufgenommen haben, die Unfallrente des P. auf das Krankengeld angerechnet und nur den Mehrbetrag an Krankengeld gezahlt. Später wurde auf Grund des Gesetzes, betr. Änderungen in der Unfallversicherung, vom 11. April d. J. die Unfallrente erhöht, und zwar rückwirkend vom Beginn der 14. Woche ab. Die Bestimmung des § 1511 RVO. hat demnach nicht in vollem Umfang Anwendung gefunden. Hätte dies von vornherein geschehen können, so wäre dem Verletzten vom Beginn der 14. Woche ab kein Krankengeld mehr gezahlt worden, da die erhöhte Rente das auf die gleiche Zeit entfallende Krankengeld übersteigt. Kann die

Digitized by Google

Kasse für das dem Verletzten gezahlte Krankengeld von der Berufsgenossenschaft Ersatz beanspruchen, gegebenenfalls in welchem Umfange?

Antwort: Ein unmittelbarer Anspruch gegen die Berufsgenossenschaft auf Erstattung des gezahlten Krankengeldes besteht nicht. Wohl aber hat die Krankenkasse gegen den Versicherten Anspruch auf Rückzahlung des Krankengeldes, soweit er durch dessen Empfang auf Kosten der Kasse ohne rechtlichen Grund bereichert ist (§ 812 BGB.). Damit wird der Kasse wahrscheinlich nicht gedient sein, und es liegt daher nahe, zu erwägen, ob sie etwa von dem Versicherten Übertragung des Rentenanspruchs in Höhe des zu Unrecht empfangenen Krankengeldes beanspruchen kann. Allein, dies ist schon deshalb zu verneinen, weil keiner der Fälle vorliegt, in denen nach § 119 Abs. 1 RVO. die Übertragung überhaupt zulässig ist und weil die nach Abs. 2 a. a. O. ausnahmsweise auch in anderen Fällen statthafte Übertragung nur mit Genehmigung des Versicherungsamts erfolgen darf. Diese Genehmigung ist im wohlverstandenen Interesse des Versicherten vorgeschrieben und darf daher im allgemeinen nur dann erteilt werden, wenn durch die Übertragung dem Berechtigten Vorteile zugewendet werden, auf die er sonst keinen Anspruch hat (Entsch. des RVA. 2311 Amtl. Nachr. 1917 S. 265, ArbVers. 1917 S. 197).

Wochenhilfe (§ 205a RVO.) oder Wochenfürsorge, wenn das uneheliche Kind durch nachfolgende Ehe legitimiert wird?

3. **Nach St.** Frage: Die unverehelichte M. T. ist am 10. September 1921 niedergekommen. Am 24. September hat sie sich mit M. S., der seit einigen Jahren auf einer Zeche beschäftigt und Mitglied des Allgem. Knappschaftsvereins ist, verheiratet; in der Heiratsurkunde hat S. die Vaterschaft des am 10. September geborenen Kindes anerkannt. Die Ehefrau stellte am 13. Okt. Antrag auf Wochenfürsorge. Für die Zeit vom 10. bis 24. Sept. dürfte der Antrag wohl ohne weiteres gerechtfertigt sein. Ist die Wochenfürsorge auch über den 24. Sept. hinaus zu gewähren, da der Mann im vorigen Jahre mehr als 10 000 M. verdient hat? Kommt vom 24. Sept. ab Wochenhilfe in Frage?

Antwort: Ein uneheliches Kind erlangt nach § 1719 BGB. die rechtliche Stellung eines ehelichen Kindes erst „mit der Eheschließung" seiner Eltern. Die Legitimation durch nachfolgende Eheschließung wirkt also nicht auf den Zeitpunkt der Geburt zurück (zu vgl. Mot. zum BGB. IV S. 923). In diesem Zeitpunkte, am 10. 9. 21, hatte daher die Wöchnerin noch keinen Anspruch auf Wochenhilfe aus § 205a RVO., der nach dem Inhalt der Anfrage allein in Betracht kommt; dagegen hatte sie, wenn die übrigen Voraussetzungen des § 17 des Wochenhilfegesetzes in der Fassung v. 29. 7. 21 gegeben waren, Anspruch auf Wochenfürsorge. Ein Anspruch auf Wochenhilfe aus § 205a entstand auch nicht mit der nachträglichen Verheiratung am 24. 9. 21; denn § 205a setzt voraus, daß die Bedingungen für die Familienwochenhilfe im Zeitpunkte der Entbindung gegeben sind. Deshalb besteht z. B. ein Anspruch auch dann nicht, wenn die Niederkunft erst nach dem Tode des Ehemannes oder nach rechtskräftiger Scheidung der Ehe stattfindet (vgl. ArbVers. 1920 S. 640 Ziff. 13, 1921 S. 358 Ziff. 4). Es kann also nur noch in Frage kommen, ob der Anspruch auf Wochenfürsorge vom Tage der Eheschließung ab weggefallen ist. Dies darf keinesfalls schon deshalb angenommen werden, weil der Versicherte in dem Jahre oder Steuerjahre vor der Entbindung seiner jetzigen Frau ein Einkommen von mehr als 10 000 M. hatte; denn in diesem Jahre war er eben noch nicht, wie § 17 Abs. 2 des Wochenhilfegesetzes voraussetzt, der Ehemann der Wöchnerin. Nur darum also kann es sich noch weiter handeln, ob durch die nachträgliche Verheiratung sich die Lage der Frau so geändert hat, daß sich die Annahme rechtfertigt, „daß eine Beihilfe nicht benötigt wird". Hoffmann Anm. 6 und Jaeger Anm. 11 nehmen an, daß solche nachträgliche Änderungen ohne Einfluß auf den einmal begründeten Anspruch auf Wochenfürsorge sind, während Krause Anm. 22 die entgegengesetzte Auffassung vertritt. Wir haben diese letztere Ansicht in ArbVers. 1921 Heft 17 S. 338 Ziff. 5 „in dieser Allgemeinheit" nicht anerkannt und in dem dort erörterten Falle die Weitergewährung der Fürsorge befürwortet. Grundsätzlich aber halten wir den von Krause vertretenen Standpunkt in dem Sinne für gerechtfertigt, daß der Anspruch wegfallen muß, wenn nach den obwaltenden Umständen des einzelnen Falles die Annahme gerechtfertigt ist, daß eine Beihilfe nicht mehr benötigt wird. Unter diesem Gesichtspunkte muß auch der vorliegende Fall geprüft werden.

Familienhilfe für ein an angeborenem Schwachsinn leidendes Kind.

4. **Nach Leipzig-Plagwitz.** Antwort: Für den Anspruch auf Krankenhilfe nach § 182 RVO. und ebenso auf die satzungsmäßige Familienhilfe nach § 205 (b) Ziff. 1 RVO. kommt es auf die Ursache der Krankheit grundsätzlich nicht an (zu vgl. Hahn, Anm. 1b zu § 184 und die dort angeführten Entscheidungen). Auch der angeborene Schwachsinn eines sechsjährigen Kindes begründet daher den Anspruch auf Kassenleistungen in der durch die Satzung bestimmten Höhe und auf die bestimmte Dauer, wenn der Zustand des Kindes Krankenpflege — im vorliegenden Falle Krankenhauspflege — notwendig macht.

Ersatzanspruch der Krankenkasse gegen den Träger der Unfallversicherung wegen Verzugs in Erfüllung seiner Leistungspflicht.

5. **Nach Geestemünde.** Antwort: Aus Ihren Angaben ist nicht ersichtlich, wann der Versicherte den Betriebsunfall erlitten hat und wann er an dessen Folgen von neuem erkrankt ist. Da Sie aber von einem „alten Unfalleiden" sprechen, nehmen wir an, daß die neue Erkrankung jedenfalls erst nach Ablauf von 13 Wochen nach dem Unfall eingetreten ist. Dann war sofort die Berufsgenossenschaft verpflichtet, Krankenbehandlung sowie Rente für die Dauer der Erwerbsunfähigkeit zu gewähren (§ 558 RVO.). Dadurch wurde aber die Leistungspflicht der Krankenkasse an sich nicht berührt, sondern sie kann für ihre Leistungen nur nach § 1501 RVO. Ersatz in den Grenzen der §§ 1502 bis 1507 aus der Unfallentschädigung beanspruchen. Mit Recht verweist daher die Regierung, die im vorliegenden Falle Trägerin der Unfallversicherung ist, die Kasse auf die §§ 1503, 1505, 1506 als die für die Berechnung des Ersatzanspruchs maßgebenden Vorschriften. Demgegenüber kann die Kasse einen Anspruch auf vollen Ersatz der Kosten der von ihr ge-

Digitized by Google

währten Krankenhauspflege auch nicht daraus herleiten, „daß infolge der Verzögerung der Lieferung des (durch die Verkürzung des Beines notwendig gewordenen) Schuhes durch die Regierung die Arbeitsunfähigkeit und die Aufnahme in ein Krankenhaus bedingt worden ist". Außerstenfalls könnte hiernach ein im ordentlichen Rechtswege zu verfolgender Schadenersatzanspruch wegen Verzugs nach § 286 BGB. in Verbindung mit § 1542 RVO. in Frage kommen. Im Spruchverfahren der RVO. (§ 1515 Abs. 2) kann jedenfalls nur ein Anspruch in den oben bezeichneten Grenzen erhoben werden.

Verletzung der Schweigepflicht eines Kassenangestellten.

6. **Nach Vilshofen.** Frage: Ein Arbeitgebervertreter des Ausschusses hinterzieht seit Jahren Krankenversicherungsbeiträge dadurch, daß er die Erhöhung der Arbeitslöhne bei den von ihm beschäftigten Gehilfen der Kasse nicht anzeigte. Kann ein Kassenangestellter, der derartige Verfehlungen einem Kassenvorstandsmitgliede oder sonstigem Kassenmitgliede zur Kenntnis bringt, wegen Verletzung des Amtsgeheimnisses (§§ 141, 142 RVO.) zur Rechtfertigung herangezogen werden?

Antwort: § 141 RVO. trifft keinesfalls zu, weil er nur geheim zu haltende Krankheiten oder Gebrechen betrifft. Dagegen kann § 142 RVO. in Frage kommen, wenn man — was recht zweifelhaft erscheint — die Verfehlung des Arbeitgebers gegen § 530 RVO. als ein „Geschäfts- oder Betriebsgeheimnis" ansehen darf, weil er freilich alle Ursache hatte, diese Tatsache geheim zu halten. Indessen strafbar ist nach § 142 nur die „unbefugte" Offenbarung, und eine solche liegt jedenfalls dann nicht vor, wenn die Mitteilung an ein Vorstandsmitglied erfolgt ist in der Erwartung, daß dieses auf Aufklärung des Sachverhalts zum Zwecke sachgemäßen Einschreitens (§ 24 Abs. 1, § 530, 531 RVO.) dringen wird. Die Mitteilung an ein beliebiges Kassenmitglied dagegen ist eine unbefugte Offenbarung und mindestens als eine Ungehörigkeit zu rügen, selbst wenn man eine Verletzung eines eigentlichen Geschäfts- oder Betriebsgeheimnisses nicht für vorliegend ansehen will.

Versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis zwischen Schwager und Schwägerin?

7. **Nach Essen.** Antwort: Wenn die Angaben des Kassenmitgliedes, wie sie in Ihrem Schreiben vom 19. 8. 21 enthalten sind, als richtig unterstellt werden, würden wir das Vorliegen eines versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses zwischen dem Versicherten und der Schwester seiner verstorbenen Frau verneinen. Die Schwägerin war zunächst zur Pflege ihrer erkrankten Schwester und zur Führung des Haushalts des Versicherten in seinen Hausstand aufgenommen und führt ihm jetzt noch, nach dem Tode der Frau, den Haushalt weiter. Wenn sie anderseits von dem Versicherten nur freien Unterhalt erhält, so legt schon dieser Umstand die Auffassung sehr nahe, daß die Leistungen von beiden Seiten sich nur als Ausflüsse des Familienverhältnisses darstellen, daß also der Unterhalt, den die Schwägerin von dem Versicherten empfängt, nicht als eigentlicher Entgelt für die Dienste, die sie leistet, anzusehen ist. Denn schon unter gewöhnlichen Verhältnissen, besonders aber in der gegenwärtigen Zeit, pflegen sich Frauen zu Diensten dieser Art doch nicht ohne jeden Barlohn, bloß gegen Unterhaltsgewährung zu verdingen. Diese Auffassung würde noch wesentlich verstärkt werden, wenn die Angabe des Versicherten, daß er seine Schwägerin zu heiraten beabsichtige, nach den Umständen glaubhaft erscheint.

Unfälle beim Turnen und bei Ausflügen auf Veranstaltung des Arbeitgebers als Betriebsunfälle?

8. **Nach X.** Antwort: Das Reichsversicherungsamt hat das Vorliegen eines Betriebsunfalles verneint bei einem Arbeiter, der in einer Arbeitspause beim Turnen an einer Betriebseinrichtung einen Unfall erlitten hatte. Es wurde zur Herstellung des ursächlichen Zusammenhangs des Unfalls mit dem Betriebe nicht für ausreichend erachtet, daß der Betrieb dem Arbeiter die Gelegenheit und den Anreiz zu der gefährlichen Tätigkeit geboten hatte (Handb. der UnfVers. 3. Aufl. Bd. I S. 96). Anders liegt der vorliegende Fall. Hier ist vom Arbeitgeber selbst allgemein angeordnet, daß die in seinen Werkstätten beschäftigten Lehrlinge während der Arbeitszeit und am Arbeitsorte Turnunterricht erhalten, an dem sie teilzunehmen verpflichtet sind. Schon durch diesen vom Arbeitgeber ausgehenden Zwang, ferner auch durch Ort und Zeit des Unterrichts ist in hinreichender Weise der zur Annahme eines Betriebsunfalles erforderliche Zusammenhang des Unfalls mit dem Betriebe gegeben. Es kommt hinzu, daß der Unterricht auf die körperliche Ertüchtigung der Lehrlinge abzielt und so zugleich einem Betriebsinteresse des Arbeitgebers, seinem Interesse an der Sicherung eines leistungsfähigen Arbeiterstammes dient. Diesem Zwecke mag auch die weitere Anordnung des Arbeitgebers mittelbar dienen, wonach „unter geeigneter Führung gemeinschaftliche Ausflüge zur Hebung der körperlichen Kräfte zu veranstalten" sind; und es mag daher zuzugeben sein, daß diese Veranstaltungen sich als eine Wohlfahrtseinrichtung darstellen, die im Interesse nicht nur der Lehrlinge, sondern mittelbar auch des Arbeitgebers geschaffen ist. Aber die Teilnahme an diesen Veranstaltungen ist, anders als bei dem Turnunterricht, den Lehrlingen nicht zur Pflicht gemacht, sondern freigestellt; und der teilnehmende Lehrling ist dabei dem Gefahrenbereiche des Betriebes genau so entrückt, wie wenn er, unabhängig von der durch den Arbeitgeber gebotenen Möglichkeit, aus eigenem Antrieb einen Ausflug unternimmt. Danach bejahen wir die Frage, ob ein Betriebsunfall vorliegt, hinsichtlich der Unfälle beim Turnunterricht und verneinen die Frage hinsichtlich der Unfälle bei den Ausflügen.

Krankenversicherung einer von einem Offizier der belgischen Besatzungstruppen beschäftigten Person?

9. **Nach Aachen.** Antwort: Wir verweisen auf den Aufsatz von Hahn im Heft 1 des laufenden Jahrgangs. Daraus ergibt sich, daß in einem Falle der vorliegenden Art weder der Arbeitgeber noch die Arbeitnehmerin zur Erfüllung der mit der Versicherung verbundenen Pflichten angehalten werden kann und daß deshalb Ansprüche auf Grund eines sonst an sich der Versicherungspflicht unterliegenden Beschäftigungsverhältnisses nur dann hergeleitet werden können, wenn der Arbeitgeber zur Erfüllung aller sich hieraus ergebenden Pflichten tatsächlich bereit ist. Da dies im vorliegenden Falle nicht zutrifft, war die K. nicht Mit-

Digitized by Google

glied der zuständigen Kasse und hatte folglich keinen Anspruch auf deren Leistungen. Die Kasse kann daher die ohne rechtlichen Grund gewährten Leistungen von ihr zurückfordern. Der Anspruch ist aber nicht vor den ordentlichen Gerichten, sondern vor den Versicherungsbehörden zu verfolgen (zu vgl. Entsch. des Großen Senats des RVA. in ArbVers. 1920 S. 330).

Voraussetzungen und Wirkungen der Krankenversicherung Erwerbsloser nach § 12 b Vrdg. über Erwerbslosenfürsorge.

10. **Nach S.** Antwort: Die Gemeinde kann nach näherer Vorschrift des § 12 b Abs. 1 der Vrdg. über Erwerbslosenfürsorge mit einer Krankenkasse ihres Bezirks vereinbaren, daß bei dieser Kasse alle von der Gemeinde zu unterstützenden Erwerbslosen versichert werden, „auch wenn sie nicht dem zur freiwilligen Versicherung oder Weiterversicherung nach der RVO. berechtigten Personenkreis angehören", das heißt: auch wenn sie zu irgendeiner Art von freiwilliger Versicherung entweder überhaupt nicht oder doch bei dieser Kasse nicht berechtigt sind. Das ergibt sich aus § 12 d, wonach dem Erwerbslosen, der den Voraussetzungen des § 12 a genügt, der also zur Fortsetzung oder Aufrechterhaltung einer Versicherung bei einer Krankenkasse befugt ist, die Ausübung dieses Rechtes vorbehalten ist. Die Vorschriften des § 12 b gelten also nicht in dem Falle, daß der Erwerbslose zur Fortsetzung oder Aufrechterhaltung der Versicherung bei der Vertragskasse berechtigt ist. In diesem Falle kommt die Vereinbarung mit der anderen Kasse nicht in Betracht, sondern diese ist kraft ihrer gesetzlichen, von der Vereinbarung unabhängigen Zuständigkeit auf Grund des § 12 a verpflichtet, die Weiterversicherung herbeizuführen und die Meldefrist von zwei Wochen einzuhalten. Der Inhalt und die zeitliche Begrenzung dieses Rechts des Erwerbslosen werden dadurch, daß die Rechtsausübung der Gemeinde übertragen ist, in keiner Weise berührt; insbesondere ist daher die Gemeinde in gleicher Weise wie der Erwerbslose an die Frist zur Ausübung des Rechts gebunden (zu vgl. Entsch. des RVA. in ArbVers. 1920 S. 26). In allen anderen Fällen aber, also wenn der Erwerbslose entweder überhaupt nicht oder doch jedenfalls bei der Vertragskasse nicht versicherungsberechtigt ist, hat die Gemeinde auf Grund des § 12 b Abs. 2 Satz 2 in Verbindung mit § 12 a Abs. 1 Satz 2 die Pflicht, den Erwerbslosen binnen zwei Wochen nach Beginn der Unterstützung anzumelden. Die Frist kann also keinesfalls vor Ablauf der Wartezeit (§ 9 Abs. 1 Satz 3) beginnen. Die Meinung des Versicherungsamts, daß die Frist schon vorher mit der Eintragung ins Erwerbslosenregister beginne und daß es sich im Falle des § 12 b wie nach § 12 a um Weiterversicherung nach § 313 RVO. handle, so daß bei rechtzeitiger Anmeldung durch die Gemeinde eine Unterbrechung der Versicherung überhaupt nicht eintrete, erscheint unhaltbar, weil eben im Falle des § 12 b die Voraussetzungen der freiwilligen Weiterversicherung — mindestens bei der Vertragskasse — fehlen. Wenn anderseits die Kasse annimmt, daß die Mitgliedschaft und der Anspruch auf Kassenleistungen mit dem ersten Tage der Unterstützung des Erwerbslosen beginne, so ist selbst das noch zu weitgehend. Nach § 12 b Abs. 3 der Verdg. bestimmen sich die Leistungen der Kasse (im Falle des § 12 b Abs. 1) nach gleichen Grundsätzen „wie" für Versicherungspflichtige. Gerade hieraus ist zu entnehmen, daß die Vrdg. die nach § 12 b versicherten Erwerbslosen keineswegs schlechthin den Versicherungspflichtigen (§ 165 RVO.) gleichstellt, deren Mitgliedschaft allerdings unabhängig von der Anmeldung eintritt (§ 306 RVO.). Der Beginn der Unterstützung setzt nur die Anmeldefrist in Lauf; die Mitgliedschaft kann aber nicht vor der Anmeldung beginnen (zu vgl. auch Hoffmann in MonSchr. f. Arb. u. Angest.-Vers. 1920 Sp. 502). In der Zeit zwischen dem Eintritt der Erwerbslosigkeit und der Anmeldung nach § 12 b Abs. 2 in Verbindung mit § 12 a Abs. 1 Satz 2 kann also für den Erwerbslosen ein Anspruch aus der Versicherung nicht entstehen, falls nicht etwa die Voraussetzungen des § 214 RVO. vorliegen.

Befugnis der Vorsitzenden der Versicherungsämter zur Abnahme von Eiden.

11. **Nach D.** Antwort: Soweit die Versicherungsämter überhaupt zur „eidlichen" Vernehmung von Zeugen und Sachverständigen befugt sind (zu vgl. §§ 1571, 1652 RVO.), ist diese Befugnis durch keine gesetzliche Vorschrift davon abhängig gemacht, daß der Vorsitzende des Amtes die Befähigung zum Richteramt habe. „Richterliche Eide", d. h. solche Eide, die einer Partei vom Gericht auferlegt werden, sind im Verfahren vor den Versicherungsbehörden überhaupt unstatthaft; ebenso zugeschobene Eide. Die RVO. kennt diese Art der Beweisführung ebensowenig wie die früheren Versicherungsgesetze (zu vgl. Handb. der UnfVers., 3. Aufl. Bd. 2 S. 607 Anm. 2.)

Krankenversicherung der Arbeiter eines Dampfdreschmaschinenbesitzers.

12. **Nach Elmshorn.** Antwort: Die Arbeiter eines Unternehmers, der verschiedenen Landwirten gewerbsmäßig mit seiner Dampfdreschmaschine Getreide ausdrischt, sind im Betriebe jenes Unternehmers beschäftigt (zu vgl. Amtl. Nachr. des RVA. 1898 S. 343, 1899 S. 89ff.). Das gilt nicht nur für den Maschinisten und den Heizer, sondern auch für die Hilfspersonen, die am Orte der Beschäftigung angenommen werden. Diese Personen sind nicht „unständig Beschäftigte" im Sinne des § 441 RVO., weil sie doch wohl nicht „berufsmäßig bald hier, bald dort, heute mit dieser, morgen mit jener Arbeit beschäftigt sind"; sondern es wird nur in Frage kommen, ob nicht ihre Beschäftigung als „vorübergehende Dienstleistung" (§ 168 RVO.) versicherungsfrei ist. Hierüber verweisen wir auf ArbVers. 1920 S. 439 Ziff. 13c. Als Beschäftigungsort gilt für die mitgebrachten Arbeiter des Unternehmers sein Betriebssitz, für die an der Arbeitsstelle angeworbenen fremden Hilfskräfte der Ort der tatsächlichen Beschäftigung (§§ 153 Abs. 1, 154 RVO.; Entsch. des Oberversicherungsamts Liegnitz in ArbVers. 1917 S. 232). Von einem Wandergewerbe kann nicht die Rede sein, da der Arbeitgeber seine Arbeiter nicht, wie § 459 RVO. voraussetzt, mit sich führt, sondern mit der Maschine aussendet. Richtig dagegen ist, daß, wenn der Besitzer selbst ein Landwirt ist und die Maschine nicht nur im eigenen Betriebe verwendet, sondern auch für andere Landwirte gegen Entgelt drischt, dieser gesamte Betrieb als landwirtschaftlicher anzusehen ist (Besch. des RVA. Nr. 1871 und 1872, Amtl. Nachr. 1901 S. 424ff.), so daß die Arbeiter zur Landkrankenkasse gehören.

Digitized by Google

Wir suchen zum 1. Januar 1922 einen

Verwaltungs-Assistenten

Befähigte Bewerber, die einer Abteilung vorzustehen vermögen, wollen ihre Bewerbung mit Lebenslauf und Zeugnisabschriften sofort einreichen. Gehalt nach Gruppe V R. B. O. (Ortskl. C.) [2098]

Landkrankenkasse f. d. Kr. Oels.

Bei unterzeichneter Kasse (rund 7000 Mitglieder) wird baldigst ein jüngerer

❀ Angestellter ❀

gesucht. Besoldung zunächst nach Gruppe IV der staatl. Besoldungsordnung.

Fachlich vorgebildete und in Stenographie und Maschinenschreiben bewanderte Bewerber, möglichst nicht unter 20 Jahren, wollen ausführliche Gesuche mit Lebenslauf und Zeugnisabschriften unter Angabe des frühesten Antrittstermins baldmöglichst bei der Kasse einreichen. [2101]

Aue im Erzgebirge, den 25. November 1921.

Der Vorstand der Allg. Ortskrankenkasse für Aue und Umgebung.

BKK in Berlin

2000 Mitglieder, sucht für bald

tüchtigen Gehilfen

aus kleiner Kasse, der Maschinenschreiber und Stenograph ist. Bezahlung nach Berliner Tarifsätzen.

Bewerbungen sind unter **B. B. Nr. 7578** an die Kanzlei der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64, zu richten. [2072]

Wir suchen für sofort einen jüngeren, fachlich vorgebildeten

⊠ Verwaltungsgehilfen ⊠

für die Krankenabteilung. Vollständige Zentralisation. Kenntnis der einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen ist Bedingung. Gehalt nach Gruppe IV der RVO.

Bewerbungen werden sofort erbeten an die [2087]

Landkrankenkasse und Allgemeine Ortskrankenkasse des Kreises Oldenburg in Oldenburg (Holstein).

Von der unterzeichneten Landkrankenkasse, welche auch die Allg. Ortskrankenkasse mit verwaltet, wird sofort

zur Führung der Kasse eine durchaus tüchtige Kraft

gesucht. Anstellung nach sechsmonatiger Probedienstzeit auf Grund der Dienstordnung und Besoldung nach Gruppe V der Reichsbesoldungsordnung.

Im Kassendienst ausgebildete, mit der RVO. durchaus vertraute Bewerber wollen ihre Gesuche unter Beifügung eines Lebenslaufes und Zeugnisabschriften unter Angabe des frühesten Dienstantritts umgehend einsenden. [2088]

Landkrankenkasse des Kreises Labiau (Ostpreußen).

Wir suchen zum 1. Januar 1922 einen

★ Betriebskrankenkassen-Beamten ★

Alter nicht über 26 Jahre. Erwünscht sind Kenntnisse der Wochenfürsorgegesetze und der RVO.

Stenographie- u. schreibmaschinenkundige Bewerber erhalten den Vorzug. Besoldung regelt sich nach dem am Orte gültigen Industrietarif.

Angebote an die Kanzlei der „Arbeiter-Versorgung" erbeten unter **St. R. Nr. 7916.** [2096]

Wegen Todesfalls ist die Stelle des

▣ Geschäftsführers ▣

sofort neu zu besetzen.

Bewerber, welche auf dem gesamten Gebiet der Sozialversicherung, insbesondere auf dem der Krankenversicherung umfassende Kenntnisse besitzen und den Verwaltungsdienst der Krankenkasse kennen, wollen ihre Bewerbungen mit Lebenslauf sofort an den Vorstand der unterzeichneten Kasse einreichen.

Die Probedienstzeit beträgt sechs Monate. Nach dieser Zeit erfolgt Anstellung mit Ruhegehaltsberechtigung. Dienstwohnung ist vorhanden.

Die Kasse zählt 17 000 Mitglieder. Nur durchaus befähigte ältere Bewerber, welche in gleicher oder ähnlicher Stellung sich befinden und organisatorisch begabt sind, wollen sich melden. [2102]

Persönliche Vorstellung nur auf Wunsch.

Stolp, den 25. November 1921.

Der Vorstand der Landkrankenkasse für den Landkreis Stolp.

Betriebskrankenkasse (1500 Mitglieder) in westdeutscher Industriestadt sucht zum baldigen Eintritt

Beamten (Beamtin)

zur Führung der Verwaltungsgeschäfte. Nur tüchtige, energische Persönlichkeiten, die auf Grund mehrjähriger Tätigkeit über gründliche Fachkenntnisse und praktische Erfahrungen auf dem Gebiete der Arbeiterversicherung verfügen, werden berücksichtigt.

Bewerbungen mit Lebenslauf werden unter **J. B. Nr. 7840** an die Kanzlei der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64, erbeten. [2093]

Bekanntmachung.

Bei der unterzeichneten Landkrankenkasse, etwa 10 000 Mitglieder, ist eine

Gehilfenstelle für die Melde-Abteilung

sofort zu besetzen. Bis zur Anstellung auf Grund der Dienstordnung Gehalt prozentual nach dem Reichsbesoldungsgesetz Gruppe III. Gehaltsregelung nach Gruppe IV RBG. steht in Aussicht.

Goldberg gehört zu den minder teuren Orten (Ortskl. D.).

Gesuche mit Lebenslauf und Zeugnisabschriften sowie Angabe des frühesten Eintrittstages sind sofort einzureichen. [2071]

Der Vorstand der Landkrankenkasse des Kreises Goldberg-Haynau in Goldberg in Schlesien.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Str. 12
Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., in Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Digitized by Google

Die Arbeiter-Versorgung

Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Professor der Rechte an der Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Professor Dr. Rosin; Oberverwaltungsgerichts-Rat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Senatspräsident a. D. u. a. m.

Heft 1337 der ganzen Folge.

38. Jahrgang | 11. Dezember 1921 | Heft 35

Die Auseinandersetzung zwischen Frankreich und Deutschland über die sozialen Versicherungen.

Von Regierungsdirektor Dr. Sonderhoff in Hamburg.

(Schluß.)

In der Angestelltenversicherung übernimmt die in Straßburg errichtete französische Versicherungsanstalt die am 1. Januar 1919 in Elsaß-Lothringen wohnenden Rentenempfänger und Versicherten der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte unter Anerkennung ihrer auf Grund des deutschen Gesetzes erworbenen Rechte und Anwartschaften. Die nach dem 1. Januar 1919 nach Elsaß-Lothringen abgewanderten Versicherten werden nicht mehr übernommen. Bis zum 31. Dezember 1922 wird aber ihre Anwartschaft bei der Reichsanstalt noch aufrechterhalten, so daß sie bei dieser ihre unter dem deutschen Recht erworbenen Rechte auf Renten bei Eintritt des Versicherungsfalles in der Zwischenzeit noch bei der Reichsanstalt geltend machen können. Die in der Zwischenzeit an die französische Anstalt entrichteten Beiträge hat diese dann der Reichsanstalt zu erstatten. Das gilt entsprechend auch in dem umgekehrten Falle einer Abwanderung von Elsaß-Lothringern nach Deutschland nach dem 1. Januar 1919 bis zum 31. Dezember 1922 für zwischenzeitliche Ansprüche gegen die französische Anstalt, bei welcher die Anwartschaft aus den früheren Beiträgen also ebenfalls bis zum 31. Dezember 1922 aufrechterhalten wird. Im übrigen aber werden Versicherte und Rentenempfänger, die nach dem 1. Januar 1919 ihren Wohnsitz aus dem Gebiet des einen in das des anderen Staates verlegen, nur nach dem Gesetz des Staates behandelt, aus dem sie ausgewandert sind. Nach deutschem Recht (§ 76 des Angestelltenversicherungsgesetzes) können also die Renten aus Deutschland nach dem 1. Januar 1919 nach Elsaß-Lothringen abgewanderter Personen deutscher oder französischer Staatsangehörigkeit zum Ruhen gebracht werden. Für Rentenempfänger, denen bis zum 31. Dezember 1922 Renten bewilligt sind, darf aber § 76 Abs. 1 des Angestelltenversicherungsgesetzes nicht zur Anwendung gebracht werden (§ 17).

Außer den seit dem 11. November 1918 in Elsaß-Lothringen erhobenen Beiträgen, die der französischen Anstalt verbleiben, erhält diese Anstalt für die Übernahme der elsaß-lothringischen Versicherten und Rentenempfänger aus der vom Reiche gezahlten Abfindungssumme den Teil vom französischen Staate, der auf die entsprechenden Deckungskapitalien und Prämienreserven der Reichsanstalt entfällt. Die Reichsanstalt wird dafür von ihren Verpflichtungen gegen die Versicherten und Rentner befreit. Die nach dem 1. Januar 1919 aus Elsaß-Lothringen nach Deutschland abgewanderten ehemaligen Versicherten der Reichsanstalt können also aus den alten Beiträgen keine Rechte mehr gegen die Reichsanstalt geltend machen. Die Reichsanstalt wird anderseits dem Reiche

Digitized by Google

den Teil ihrer Reserven herausgeben müssen, der auf die abgegebenen Versicherten und Rentenempfänger in Elsaß-Lothringen entfällt.

Mit den Ersatzkassen der Angestelltenversicherung vollzieht sich die Auseinandersetzung in folgender Weise. Das Reich hat dafür zu sorgen, daß die deutschen Ersatzkassen für ihre am 1. Januar 1919 in Elsaß-Lothringen wohnenden Versicherten die empfangenen Beiträge an den französischen Staat herauszahlen. Frankreich hat dieselbe Verpflichtung für die elsaß-lothringischen Ersatzkassen, soweit deren Versicherte am 1. Januar 1919 in Deutschland wohnten. Die Beiträge sind auf 87,55 v. H. ihres Betrages mit Zins und Zinseszins von 3½ v. H. für die Zeit ihrer Entrichtung bis zum 1. Januar 1919 und von da ab mit 4 v. H. Zinsen bis zur Erstattung zu zahlen. Die Umrechnung in die Währung des Gläubigerlandes erfolgt wieder zum Genfer Börsenkurs vom 11. November 1918. Die nicht ausdrücklich ausgesprochene Folge dieser Beitragserstattungen ist naturgemäß die Befreiung der Ersatzkassen von ihren Pflichten aus den Versicherungsverträgen. In welcher Weise die Versicherten mit den erstatteten Beiträgen bei Kassen oder Versicherungsanstalten ihres Gebiets weiter zu versichern sind und ihre Wartezeiten entsprechend abkürzen können, ist nicht geregelt, bleibt also der Gesetzgebung ihres Landes überlassen. Soweit die deutschen Ersatzkassen für Elsaß-Lothringer der Reichsversicherungsanstalt gegenüber nach den §§ 382 bis 384 des Angestelltenversicherungsgesetzes zur Überweisung der Deckungskapitalien für die gesetzlichen Leistungen bei Eintritt des Versicherungsfalles verpflichtet sind, sollen sie diese Pflichten jedoch weiter erfüllen. Diese Vorschrift kann nicht für Angestellte gelten, für welche die Ersatzkasse die Beiträge zurückgezahlt hat. Sie ist daher wohl nur so zu verstehen, daß für doppelt Versicherte die bereits fälligen Deckungskapitalien statt der Beiträge zu entrichten sind, damit die französische Anstalt die vollen Reserven für die ganze Dauer der Versicherung bei deutschen Anstalten erhält.

Eine besondere Regelung mußten naturgemäß die Ansprüche aus der Krankenversicherung erfahren, welche Kassen und Versicherte des einen Landes noch gegen solche des anderen Staates haben. Es handelt sich hierbei um Versicherte, die bei einer Kasse ihres bisherigen Beschäftigungs- oder Wohnortes in Elsaß-Lothringen oder im Reiche versichert waren und ihren Aufenthalts- oder Wohnort aufgegeben haben, um in das Reich oder nach Elsaß-Lothringen zurückzukehren oder überzusiedeln und dann nach ihrem Fortzuge Ansprüche auf Unterstützung erheben. In diesen Fällen hat die Kasse ihres früheren Aufenthaltsortes, bei der sie versichert waren, nur für Entschädigungsfälle einzutreten, die sich vor dem 11. November 1918 ereignet hatten, ohne Rücksicht darauf, ob der Versicherte vor oder nach diesem Tage seinen Wohnort in das Gebiet des anderen Staates verlegt hat. Die Kasse hat die Leistungen nach ihrer Satzung zu gewähren, aber nur bis zum Ablauf der 26. Woche vom Beginn des Unterstützungsfalles an, für Hilfsdienstpflichtige überhaupt nur bis zum 11. November 1918. Hat eine hiernach unterstützungspflichtige Kasse eine Kasse des anderen Staates um die Gewährung der Unterstützungsleistungen ersucht (§§ 219, 220 der Reichsversicherungsordnung), so hat sie der anderen Kasse in den Grenzen ihrer Verpflichtung Ersatz zu leisten. Auch ohne Auftrag der elsaß-lothringischen Kasse ist die deutsche Kasse in diesen Grenzen ersatzberechtigt, wenn sie nach § 5 der Verordnung vom 16. Februar 1920 über aushilfsweise Zuständigkeit von Trägern und Behörden der Reichsversicherung Unterstützung gewähren mußte (§§ 19, 20). Für Versicherungsfälle, die nach dem 11. November 1918 eingetreten sind, haftet also die Kasse des früheren Wohnortes nur, wenn und soweit sie nach dem Recht ihres Landes dazu verpflichtet ist (§ 21). Das bedeutet also, daß die elsaß-lothringischen Kassen Erstattungen wegen Er-

Digitized by Google

krankungen nach dem 11. November 1918 gegenüber ihren in das Reich abgewanderten Versicherten ablehnen können, soweit die Unterstützungsleistungen auf die Zeit nach der Auswanderung entfallen, weil sie nicht zur Gewährung von Krankenpflege im „Auslande" verpflichtet sind. Sie können also Naturalleistungen und Ersatz für verauslagte Krankenpflege im Auslande ablehnen, nicht aber die baren Leistungen, wenn der Versicherungsfall während der Versicherung oder ihrer Fortwirkung nach § 214 der Reichsversicherungsordnung entstanden ist und die für den Anspruch erforderlichen Nachweise beigebracht werden können. Diese Regelung wird also den Interessen der deutschen Kassen und der nach Deutschland vertriebenen Versicherten nicht gerecht. Auch gehen die deutschen Kassen, die im Vertrauen auf die Vertragstreue von elsaß-lothringischen Kassen auf deren Ersuchen die vollen Unterstützungen für Hilfsdienstpflichtige und andere Versicherte elsaß-lothringischer Kassen nach dem 11. November bezw. für mehr als 26 Wochen sowie für nach dem 11. November eingetretene Versicherungsfälle übernommen haben, ihrer Ersatzansprüche insoweit verlustig. Da sie nach der deutschen Gesetzgebung und deutscher Rechtsauffassung hierzu verpflichtet waren, so ist es nur billig, daß das Reich sie für dadurch entstandene Ausfälle entschädigt, wenn sie erheblich sind.

Die Erstattungen sollen unmittelbar von Kasse zu Kasse erfolgen. Sie müssen bei Verlust des Anspruchs binnen drei Monaten nach dem Inkrafttreten der Bestimmungen erfolgen. Die Umrechnung der Beträge in die Währung des anderen Landes soll wieder nach dem Genfer Kurse vom 11. November 1918 erfolgen.

Diese Vorschriften für die Krankenversicherung gelten auch für die knappschaftlichen und Ersatzkassen (§ 23). Für Ersatzkassen bestimmt aber Art. V noch weiter, daß sie für ihre am 11. November 1918 in Elsaß-Lothringen wohnenden Mitglieder einen dem Verhältnis dieser Mitgliederzahl zur Gesamtmitgliederzahl entsprechenden Teil ihres Reservefonds nach dem Stande vom 31. Dezember 1918 an den französischen Staat herauszuzahlen haben. Für die anderen Kassen gilt dies aber nicht, auch nicht für die elsaß-lothringischen Ersatzkassen hinsichtlich ihrer nach Deutschland abgewanderten Versicherten.

Die Auseinandersetzung zwischen den Knappschaftsvereinen Elsaß-Lothringens und des Reiches hinsichtlich ihrer Rentenverpflichtungen und Rentenlasten findet in gleicher Weise statt wie zwischen den Berufsgenossenschaften. Die Renten der am 1. Januar 1919 in Elsaß-Lothringen wohnenden Rentenempfänger der deutschen Knappschaftsvereine werden den elsaß-lothringischen von diesem Tage ab übertragen und umgekehrt die Renten der im Reiche wohnenden Rentner der elsaß-lothringischen Knappschaftsvereine auf die deutschen. Dafür haben die abgegebenen Versicherungsträger wieder den 72fachen Monatsbetrag der Renten zu vergüten. Die seit dem 1. Januar 1919 von den elsaß-lothringischen Knappschaftsvereinen an in Deutschland wohnende Rentenempfänger gezahlten Renten und Abfindungen sind dabei in Abzug zu bringen (§§ 24, 25). Auch hier ist wieder bestimmt, daß nach den Gesetzen des Staates, aus dem der Rentenempfänger ausgewandert ist, die Abfindung zulässig sein soll, wenn die Auswanderung nach dem 10. Januar 1920 stattgefunden hat, während die Renten der zwischen dem 1. Januar 1919 und dem Tage des Friedensschlusses abgewanderten noch übertragen werden (§ 26). Der von elsaß-lothringischen Knappschaftsvereinen mit dem knappschaftlichen Rückversicherungsverband in Charlottenburg geschlossene Rückversicherungsvertrag und alle gegenseitigen Verpflichtungen daraus werden mit dem 1. Januar 1919 aufgehoben gegen Erstattung aller dem Rückversicherungsverband bis zum 31. Dezember 1918 gezahlten Beiträge unter Abzug von 2 v. H. für Verwaltungskosten und der von dem Verband für die Vereine geleisteten Zahlungen (§ 28).

Digitized by Google

Die aus den beiderseitigen Belastungen sich ergebende Schlußsumme ist ebenfalls in der Gesamtabfindungssumme des Reiches enthalten.

Die Regelung der nach dem 1. Januar 1919 noch laufenden Anwartschaften ist hier am zweckmäßigsten so vorgenommen, daß ohne weiteres alle bis 31. Dezember 1921 erworbenen Pensionsanwartschaften bei der Berechnung der Rente berücksichtigt werden, so daß es nicht darauf ankommt, ob und seit wann der Berechtigte durch sein Wohnen im anderen Staatsgebiet aus dem Knappschaftsverein ausgeschieden ist, sofern nur nach dem alten Rechtszustande die Anwartschaft aufrechterhalten ist. Bis zum 31. Dezember 1921 wird also für die dann ausländischen Mitglieder der Fortbestand der Mitgliedschaft angenommen. Ein Rechtsverlust durch Verlust der Mitgliedschaft bei dem Knappschaftsverein, dem der auswärtige Versicherte früher angehörte, infolge Nichtentrichtung der Anerkennungsgebühr in der Zeit vom 1. Januar 1919 bis zum 31. Dezember 1921 wird demgemäß auch durch Wiederherstellung der Mitgliedsrechte ohne Nachzahlung ausgeschlossen (§ 29). Auch werden die Rentenrechte und Anwartschaften von ehemaligen Versicherten, die durch Verjährung oder Verwirkung ihre Rechte verloren haben, weil sie infolge der Kriegsverhältnisse aus Elsaß-Lothringen oder Deutschland verzogen, vertrieben oder geflüchtet waren, wiederhergestellt, wenn sie ihre Rechte bis zum 31. Dezember 1921 bei ihrem früheren Knappschaftsverein geltend machen (§ 30).

Mit der Abtrennung der Länder und der Auseinandersetzung der Versicherungsträger müssen naturgemäß die alten Freizügigkeitsverträge zwischen den elsaß-lothringischen und den altdeutschen Knappschaftskassen, die übrigens schon nach dem Friedensvertrag als erloschen gelten müssen, aufgehoben sein. Dies bestimmt § 31 ausdrücklich. Die auf die einzelnen Knappschaftsvereine und den Rückversicherungsverband entfallenden Summen, die das Deutsche Reich für die Befreiung von ihren Verpflichtungen gezahlt hat, werden naturgemäß der Reichskasse von diesen Körperschaften später erstattet werden müssen. Die auf die deutschen Knappschaftsvereine zu übertragenden Rentenlasten werden voraussichtlich dem Rückversicherungsverband übertragen werden gegen Zahlung der entsprechenden Kapitalbeträge durch das Reich.

Den materiellen Normen über die Auseinandersetzung der Versicherungsträger und die Behandlung der Ansprüche der Rentenempfänger und Versicherten in Elsaß-Lothringen und im Reiche schließen sich weitere Bestimmungen über die formalrechtliche Behandlung der Versicherungsansprüche vor den Rechtsinstanzen der beiden Länder an. Die Rechtsgültigkeit aller bis zum Tage des Friedensschlusses rechtskräftig gewordenen Entscheidungen der Versicherungsträger und Versicherungsbehörden jedes Staates wird grundsätzlich anerkannt. Jedoch können die Beteiligten (Versicherte wie Versicherungsträger) eine am 10. Januar 1920 rechtskräftig gewesene Entscheidung anfechten und die Wiederaufnahme des Verfahrens beantragen, wenn die Entscheidung in materieller Beziehung den Auseinandersetzungsbestimmungen des Völkerbundsrates widerspricht. Über den Antrag entscheidet die Instanz, deren Entscheidung angefochten wird. Gibt diese dem Antrage statt und verurteilt nunmehr einen Versicherungsträger des anderen Landes, auf den sich ihre Jurisdiktion nach dem jetzigen staatsrechtlichen Zustande nicht mehr erstreckt, zur Leistung einer Entschädigung, so hat diese Entscheidung zwar Rechtskraft dem Versicherungsträger des anderen Staates gegenüber, wird diesem gegenüber aber erst vollstreckbar, wenn die höchste Rechtsinstanz seines Staates die Entscheidung für vollstreckbar erklärt hat. Dies ist für die deutschen Versicherungsträger das Reichsversicherungsamt in Berlin, für die elsaß-lothringischen Versicherungsträger das Office Général des Assurances Sociales in Straßburg. Die Vollstreckbarkeitserklärung kann aber nach allgemeinen Rechtsgrundsätzen des

Digitized by Google

internationalen Privatrechts nur abgelehnt werden, wenn einem Beteiligten das rechtliche Gehör versagt war oder über Rechte entschieden ist, die von den Bestimmungen nicht berührt werden. Erheben die Beteiligten gegen die auf Anträge wegen Wiedereinsetzung in den vorigen Stand ergangenen Entscheidungen Beschwerde oder Berufung, so haben darüber die Behörden des Landes zu entscheiden, in dem der Versicherte zur Zeit des Antrages auf Wiederaufnahme seinen Wohnsitz hatte. Wenn die letzte Instanz des einen Landes mit der in derselben Sache ergangenen Entscheidung des anderen Landes in der Entscheidung darüber nicht übereinstimmt, ob diese Bestimmungen eine Änderung der alten angefochtenen Entscheidung rechtfertigen, so soll das in Art. 304 des Friedensvertrages vorgesehene Schiedsgericht die Entscheidung treffen (§ 32 in Verbindung mit §§ 35, 36 Abs. 3).

Die durch die Bestimmungen geregelten Entschädigungsansprüche der Versicherten, über die der Versicherungsträger bis zum 10. Januar 1920 noch nicht entschieden hatte, sind noch von dem nach dem alten Rechtszustande zuständigen Versicherungsträger zu entscheiden. Die zur Zuständigkeit der Versicherungsbehörden gehörenden neuen und die von ihnen noch nicht rechtskräftig erledigten Streitsachen sind dagegen von den Behörden des Bezirks zu entscheiden, in dem der Versicherte zur Zeit des Rechtsmittelantrages seinen Wohnsitz hatte. Bei nachträglicher Verlegung des Wohnsitzes in das Gebiet des anderen Staates kann er die Abgabe der Sache an die Behörde seines neuen Wohnsitzes verlangen. Ist also eine Streitsache bei einer Behörde des einen Landes anhängig, so hat diese die Sache von Amts wegen an die Behörde des anderen Landes abzugeben, wenn bereits bei Stellung des Antrages der Versicherte in dem anderen Lande wohnte. Die rechtskräftigen Entscheidungen der hiernach zuständigen Behörden des einen Landes haben auch Rechtskraft gegenüber den zur Entschädigungsleistung verurteilten Versicherungsträgern des anderen Landes. Doch bedürfen die Entscheidungen ebenfalls der Vollstreckbarkeitserklärung durch die höchste Rechtsbehörde des anderen Landes (§§ 33 bis 35).

Zur Entscheidung über Anträge auf Wiedereinsetzung in den vorigen Stand wegen Versäumnis von Verfahrensfristen ist die Behörde zuständig, die zur Zeit des Antrages auf die Sachentscheidung zur Entscheidung der Sache zuständig war. Anträge auf Wiederaufnahme des Verfahrens entscheiden die Instanzen, deren Urteil angefochten wird. Das entspricht allgemeinen Rechtsregeln. Auch über die Rechtsmittel gegen die Entscheidungen über die Wiedereinsetzung und Wiederaufnahme sollen die Behörden des Landes entscheiden, in dem der Versicherte zur Zeit des Antrages auf die Sachentscheidung wohnte (§ 36).

Noch anhängige Beschlußsachen aus der Zeit vor dem Friedensschluß werden ebenfalls noch von der Behörde entschieden, bei der sie anhängig sind; die nachdem angebrachten Sachen dagegen sind von den Behörden des Landes zu entscheiden, in dem der Antragsteller seinen Wohnsitz hat; ist dies nicht die bereits mit der Sache befaßte Behörde, so muß diese die Sache abgeben (§ 37).

Abweichend von den allgemeinen Vorschriften sollen alle Spruchsachen der Angestelltenversicherung, die am 10. Januar 1920 noch nicht endgültig entschieden waren und Versicherte berühren, welche in Frankreich wohnen, an die französische Behörde für die Angestelltenversicherung in Straßburg abgegeben werden. Für die Streitigkeiten zwischen den Versicherten und den Knappschaftsvereinen gelten jedoch die allgemeinen Grundsätze über die örtliche Zuständigkeit. Streitigkeiten zwischen den Krankenkassen beider Länder über die ihnen auf Grund dieser Bestimmungen zustehenden Erstattungsansprüche sind von den Behörden des Landes zu entscheiden, in der die beklagte Kasse ihren Sitz hat (§§ 39, 40, 41).

Bei der Abgabe von Streitsachen findet

Digitized by Google

ein Kostenersatz nicht statt; die Gebühren und Strafen behält der Staat, dessen Behörde die Entscheidung getroffen und die Gebühren und Strafen eingezogen hat (§ 38).

Diese prozeßrechtlichen Vorschriften entziehen den deutschen Gerichtsbehörden der Sozialversicherung also regelmäßig die letztinstanzlichen Entscheidungen über die nach dem Friedensschluß erhobenen Rechtsansprüche der Elsaß-Lothringer gegen die deutschen Versicherungsträger. Jedoch können die beim Friedensschlusse bereits rechtskräftigen Entscheidungen nur angefochten werden, wenn sie gegen die materiellen Vorschriften des Völkerbundsrates verstoßen.

Infolge der Auseinandersetzung zwischen den Versicherungsträgern und der Übertragung der Rentenlasten für die in Elsaß-Lothringen und die im Reiche wohnenden Versicherten müssen naturgemäß auch die Akten, Urkunden und sonstigen Schriftstücke im Besitz der Behörden ausgetauscht werden, die sich auf die Rechte und Angelegenheiten der überwiesenen Versicherten und abgetrennten Versicherungsträger beziehen. Die Übermittelung der Invalidenrentenakten der Landesversicherungsanstalten erfolgt durch die Badische Anstalt. Alle übrigen Akten und Schriftstücke werden durch Vermittelung der beiden Regierungen ausgetauscht (§§ 42, 43).

Diese Bestimmungen regeln die Beziehungen und Ansprüche der Versicherten und Versicherungsträger in beiden Staaten gegeneinander, die nach der Abtrennung noch bestehen oder durch sie entstehen, erschöpfend. Die Gemeinden und Armenverbände können daher keine Ersatzansprüche aus der Sozialversicherung gegen Versicherungsträger des anderen Landes mehr geltend machen, auch die Versicherungsträger selbst können nur nach Maßgabe dieser Vorschriften noch Erstattungsansprüche gegen Versicherungsträger des anderen Landes erheben. § 44 spricht diese Rechtsfolge ausdrücklich aus.

Zur Durchführung des Abkommens haben die beiderseitigen Behörden und Versicherungsträger sich gegenseitig gegen Kostenersatz Rechtshilfe in Streitsachen zu leisten (§ 45).

Schließlich werden auch noch die Versorgungsansprüche der Beamten und Angestellten der Versicherungsträger in Art. VII in der Weise geregelt, daß die Versicherungsträger, welche am 11. November 1918 ihren Sitz oder eine Sektion in Elsaß-Lothringen hatten, die an diesem Tage laufenden Pensionen an ihre ehemaligen Angestellten oder deren Hinterbliebene weiter zu zahlen haben. Eine Übernahme dieser Pensionen findet also nicht statt, da es sich um wohlerworbene privatrechtliche Ansprüche handelt. Für ihre in Elsaß-Lothringen verbliebenen Angestellten, die bis zum Waffenstillstand noch im Dienst standen oder noch keine Pensionen erhielten, haben also die deutschen Versicherungsträger nicht mehr zu sorgen, ebensowenig wie die elsaß-lothringischen Versicherungsträger für ihre nach Deutschland abgewanderten oder verdrängten Angestellten noch Pensionsbezüge zu gewähren haben, es sei denn, daß diese oder ihre Hinterbliebenen am 11. November 1918 bereits Pensionen bezogen.

Durch diese Bestimmungen wird also der Grundgedanke der Abfindung der elsaß-lothringischen Versicherten und Versicherungsträger, wie er in Artikel 77 des Friedensvertrages zum Ausdruck gebracht ist, im einzelnen klar und erschöpfend für alle Rechtsverhältnisse und Ansprüche durchgeführt, welche sich aus der Trennung Elsaß-Lothringens vom Reiche für die Sozialversicherung ergeben. Nicht berührt werden bedauerlicherweise die von Frankreich noch beanspruchten Entschädigungen für Schulden und außerordentliche Lasten, die den elsaß-lothringischen Versicherungsträgern durch den Krieg erwachsen sind. Diese Kriegsschäden können also noch nach Maßgabe der Bestimmungen des Friedensvertrages über die sogenannten Wiedergutmachungen von Frankreich geltend gemacht werden.

Digitized by Google

Diese Ansprüche werden in Art. VIII der hier erörterten Vorschriften ausdrücklich vorbehalten, wobei nur anerkannt wird, daß diese Ansprüche der beiden elsaß-lothringischen Träger der Invalidenversicherung durch die Abfindungen insoweit befriedigt sind, als es sich um Renten und Versicherungsleistungen handelt, die durch den Krieg verursacht sind.

Mit dem Erlaß dieser Bestimmungen, deren gründliche und sorgfältige Durcharbeitung von deutscher Sachkunde und Deutschlands gutem Willen zeugt, die Verpflichtungen aus dem Art. 77 des Friedensvertrages für das elsaß-lothringische Volk restlos zu erfüllen, ist ein schwieriges Werk vollbracht. Die Durchführung der Bestimmungen wird bei der klaren und verständigen Regelung der Auseinandersetzung kaum praktische Schwierigkeiten bereiten können. Auch das von der Reichsregierung noch vorzulegende Gesetz, durch welches die Aufgaben und Lasten aus der Auseinandersetzung auf die einzelnen deutschen Behörden und Versicherungsträger gelegt werden, wird im Reichstage rasch und leicht zu erledigen sein. Im Reichstage aber möge man diese Gelegenheit nicht vorübergehen lassen, um der Welt und Elsaß-Lothringen zu verkünden, daß es Deutschlands, nicht Frankreichs Werk ist, wenn den Elsaß-Lothringern die Rechte und Anwartschaften aus der deutschen Sozialversicherung erhalten werden, und daß der französische Staat mit deutschem Gelde die unter deutscher Herrschaft geschaffenen Versicherungsanstalten und Kassen in Elsaß-Lothringen ausstattet und lebensfähig erhält.

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

A. Grundsätzliche Entscheidungen (Bescheide, Mitteilungen) des Reichsversicherungsamts.

(Nr. 10 der Amtl. Nachr. v. 15. Oktober 1921.)

I. Unfallversicherung.

Das Versicherungsamt kann Erstattungsansprüche aus § 1598 RVO. geltend machen, wenn es zum Zweck einer Äußerung zur Sache im Einspruchverfahren Ermittlungen angestellt hat und dies Verfahren vor der Äußerung durch Zurücknahme des Einspruchs beendet worden ist (3081 S. 395).

Das Amtsgericht setzt die Gebühren eines von ihm im Wege der Rechtshilfe gemäß § 115 RVO. vernommenen Zeugen oder Sachverständigen fest. — Auf Beschwerde entscheidet das ihm im Instanzenzuge nach den Vorschriften der Zivilprozeßordnung übergeordnete Gericht (3082 S. 396).

II. Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung.

Im Spruchverfahren ist nicht nachzuprüfen, ob die Voraussetzungen zur Ermächtigung der Krankenkasse, gemäß § 370 RVO. statt der Krankenpflege usw. eine bare Leistung bis zu ⅔ des Durchschnittsbetrags ihres gesetzlichen Krankengeldes zu gewähren, vorgelegen haben. — Hat das Oberversicherungsamt diese Ermächtigung erteilt, so ist die Kasse nicht befugt, eine niedrigere Höchstgrenze festzusetzen; vielmehr hat sie die ihr nachgewiesenen tatsächlichen Aufwendungen bis zu ⅔ jenes Durchschnittsbetrages zu ersetzen (2672 S. 403).

Gegen die Rückforderung zu Unrecht gezahlter Rentenzulage kann der Empfänger nicht einwenden, daß er nicht mehr bereichert sei (2673 S. 405).

B. Zur Krankenversicherung.

Zu der durch das Sperrgesetz bedingten Gehaltsregelung der Kassenangestellten.

Erlaß des Preuß. Ministers für Volkswohlfahrt vom 28. September 1921 (III. V. 1938).

Der Hauptverband deutscher Ortskrankenkassen ist bei mir wegen Durchführung der neuen, durch das Sperrgesetz bedingten Gehaltsregelung der Kassenangestellten vorstellig geworden. Er behauptet, daß die Regelung Härten mit sich bringe, sofern die Angestellten gezwungen werden sollten, bereits empfangene Gehaltsbeträge zurückzuzahlen, oder, sofern die Kassenvorstände selbst dafür haftbar gemacht würden. Die Kassenvorstände hätten in zahlreichen Fällen, in der Überzeugung von der Angemessenheit der von ihnen und vom Kassenausschuß, meist in Übereinstimmung mit den Tarifverträgen begründeten Erwartung der späteren Genehmigung dieser Beträge durch das Oberversicherungsamt, deren Auszahlung

Digitized by Google

vorgenommen und angesichts der bedrängten Lage der Gehaltsempfänger und deren stetiger, durch die Teuerungsverhältnisse bedingter, oft sprungweiser Verschärfung gar nicht anders handeln können. Die Oberversicherungsämter hätten zudem vielfach mit ihrer Entscheidung ungebührlich lange gezögert. Auch zur Zeit seien vielerorts die Verhältnisse noch nicht geordnet. Die Kassenvorstände, die in gutem Glauben gehandelt hätten, treffe keine Schuld an den jetzt auftretenden Mißhelligkeiten. Die Oberversicherungsämter seien über deren Umfang und Tragweite übrigens nicht ausreichend unterrichtet, da sie es oft abgelehnt hätten, mit den Verbänden der Kassen und der Kassenangestellten wegen der Neuregelung und etwaiger Übergangsbestimmungen in Verhandlung zu treten, obwohl sie hierauf in dem Erlasse vom 19. Januar d. J. besonders hingewiesen worden seien und auf diese Weise am ehesten eine auch im Allgemeininteresse wünschenswerte Verständigung hätte erzielt werden können.

Ich ersuche zu prüfen, wieweit diese Angaben für den dortigen Bezirk zutreffen und auf welche Weise Abhilfe geschaffen werden kann. Dabei verkenne ich nicht, daß infolge der Unsicherheit über die Auslegung und die Wirksamkeit der neueren Gesetze und Verordnungen das den Oberversicherungsämtern obliegende Genehmigungsverfahren erschwert war, daß aber anderseits die infolge dieser Unsicherheit sowie der schwierigen wirtschaftlichen Verhältnisse tatsächlich eintretenden Härten, soweit möglich, vermieden oder beseitigt werden müssen. Dies kann bei Befolgung der bestehenden Gesetzesvorschriften nur soweit geschehen, als das Oberversicherungsamt in der Lage ist, die von den Vorständen nach der Verordnung vom 1. März 1917 (RGBl. S. 200) und von den Ausschüssen von ersteren allein, soweit die bewilligten Dienstbezüge als den jeweiligen Verhältnissen angemessen nachträglich zu genehmigen.

Für die Zeit bis zum 1. April 1920, dies ist bis zur Wirksamkeit des Sperrgesetzes, ist das Oberversicherungsamt in seinem freien Ermessen hierüber nicht gebunden. Für die spätere Zeit sind aber nunmehr die Vorschriften des Sperrgesetzes maßgebend. Dieses Gesetz will zwar auch Härten vermieden sehen, denn nach § 12 sollen die Beamten durch seine Anwendung in ihren Dienstbezügen jedenfalls hinsichtlich bereits erhaltener Beträge rückwirkend nicht schlechter gestellt werden. Voraussetzung ist hier jedoch, daß die Beträge rechtmäßig, d. h. im vorliegenden Falle auf Grund einer von der zuständigen Behörde genehmigten Dienstordnung bezogen worden sind. Ist nun die Genehmigung einer Dienstordnungsvorschrift durch Umstände, die weder von der Kasse, noch von dem Gehaltsempfänger verschuldet sind, verzögert worden, so daß diesem die Wohltat des § 12 nicht zuteil werden kann, so würde ich es für unbillig halten, auch hier die Rückzahlung zu verlangen, wenn die gezahlten Beträge nach Lage der damaligen Verhältnisse nicht etwa als durchaus unangemessen angesehen werden müßten.

Ich ersuche daher, alle diese Umstände zu würdigen, wenn für die Zeit nach dem 1. April 1920 bis zur endgültigen Regelung der Besoldung die Genehmigung zum Bezug inzwischen ausgezahlter Gehaltsbeträge oder Zulagen beantragt wird. Jedoch sind alle solche, von der endgültigen Regelung abweichende Genehmigungen mir mit erläuterndem Bericht vorzulegen, da sie gemäß § 1 Abs. 2, § 4 Abs. 1 des Sperrgesetzes dem Herrn Reichsminister der Finanzen mitzuteilen sind.

Fortdauer der Pflichtmitgliedschaft bei vorübergehender Stillegung des Betriebs.

Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 26. September 1921.

Sachlich ist dem Versicherungsamt auf Grund der neuerlichen, von ihm entsprechend der Entscheidung des Reichsversicherungsamts vom 5. November angestellten Erörterungen darin beizutreten, daß das Beschäftigungsverhältnis zwischen der Firma Heinrich G. und ihren Angestellten durch die vom 24. Dezember 1919 bis 2. Januar 1920 währende Stillegung des Betriebes nicht unterbrochen worden ist. Weder haben die Arbeitnehmer die Arbeit aufgekündigt, noch hat die Arbeitgeberin eine Entlassung der Arbeiter ausgesprochen, vielmehr haben beide Vertragsteile ihre Absicht dahin kundgegeben, daß die Arbeit am 3. Januar 1920 wieder aufgenommen werden sollte. Der Umstand, daß bei Fortdauer des Beschäftigungsverhältnisses für eine verhältnismäßig nicht erhebliche Zeit kein Entgelt gezahlt worden ist, schließt das Fortbestehen eines versicherungspflichtigen Lohnarbeitsverhältnisses nicht aus (zu vergl. Revisionsentsch. 1933, Amtl. Nachr. des RVA. 1914 S. 813 flg.). Trotzdem erachtet das Versicherungsamt in der angefochtenen Entscheidung die mit dem 24. Dezember 1919 bewirkte Abmeldung der beteiligten Arbeitnehmer als zu Recht bestehend; es schließt aus dem Wortlaut des § 317 Abs. 2 Satz 1 der RVO., daß trotz Fortbestehens des Beschäftigungsverhältnisses die Abmeldung dann nicht unterbleiben könne, wenn die Arbeit für längere Zeit als eine Woche unterbrochen werde. Dieser Ansicht kann nicht beigetreten werden. Eine dem § 317 Abs. 2 Satz 1 entsprechende Vorschrift war in § 49 des Krankenversicherungsgesetzes nicht enthalten. Wie die Begründung zu § 329 des Entwurfs (§ 317 des Gesetzes) S. 198 bemerkt, entspringt diese Vorschrift einem praktischen Bedürfnis; sie enthebt die Arbeitgeber der Pflicht gewisser lästiger Meldungen, ohne die Kasse zu schädigen. Hiernach enthält § 317 Abs. 2 Satz 1 lediglich eine Ausnahme von der Vorschrift des § 317 Abs. 1: die Meldung, und zwar sowohl die Ab- wie die Wiederanmeldung, soll dann unterbleiben können, wenn zwar das Beschäftigungsverhältnis aus irgendeinem Grunde gelöst, aber vor Ablauf einer Woche wieder aufgenommen worden ist und die Beiträge fortgezahlt werden. Dagegen wird die Verpflichtung zur Fortzahlung der Beiträge für die Dauer des Bestehens eines versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses durch § 317 Abs. 2 Satz 1 in keiner Weise berührt. In diesem Falle kommt eine Abmeldung der Arbeiter, selbst wenn die Arbeitsleistung tatsächlich für länger als eine Woche unterbrochen worden ist, überhaupt nicht in Frage. Da, wie oben festgestellt, das Beschäftigungsverhältnis zwischen der Firma Heinrich G. und ihren Arbeitern während der Betriebseinstellung vom 24. Dezember

Digitized by Google

1919 bis 3. Januar 1920 fortgedauert hat, so erübrigte sich damit auch eine Ab- und Wiederanmeldung der betreffenden Arbeiter, und die Verpflichtung zur Beitragsentrichtung bestand während der Unterbrechung der tatsächlichen Arbeitsleistung fort. Demgemäß war die Firma zu verurteilen, die Beiträge zur Krankenversicherung für die betreffenden Arbeiter während des gedachten Zeitraums fortzuentrichten.

Arbeitgeber von Ersatzkassenmitgliedern haben Lohnänderung auch dann nach § 318 RVO. zu melden, wenn sie ihre Beitragsteile an die Ersatzkasse einzahlen.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** vom 13. Mai 1921 (2668 Amtl. Nachr. 1921 S. 379).

Gemäß § 317, 318 RVO. haben die Arbeitgeber Änderungen in den Lohnverhältnissen der von ihnen Beschäftigten, die zur Mitgliedschaft bei einer Orts-, Land- oder Innungskrankenkasse verpflichtet sind, bei der durch die Satzung oder nach § 319 bestimmten Stelle anzuzeigen. Zu diesen Beschäftigten gehören auch die versicherungspflichtigen Mitglieder der mit dem Vorrecht des § 518 RVO. ausgestatteten Ersatzkassen. Denn sie sind trotz ihrer Mitgliedschaft bei einer Ersatzkasse nach wie vor versicherungspflichtige Mitglieder der für sie maßgeblichen Zwangskasse, auch wenn nach § 517 RVO. ihre Rechte und Pflichten als Mitglieder der Zwangskasse ruhen. Mangels einer anderweitigen ausdrücklichen gesetzlichen Vorschrift besteht daher auch jetzt noch für die Arbeitgeber der bezeichneten Personen die Meldepflicht nach den §§ 317, 318 RVO. in dem vollen Umfang, in dem sie durch das Gesetz oder die Satzung allgemein vorgesehen ist, trotzdem ihre Beziehungen zu der Zwangskasse durch die Vorschrift des § 11 des Gesetzes über Landkrankenkassen, Kassenangestellte und Ersatzkassen vom 28. Juni 1919 (RGBl. S. 615) entferntere geworden sind.

Den Ausführungen Sonderhoffs („Ersatzkasse" 1920 S. 151, 152), die zu einem abweichenden Ergebnisse gelangen, kann nicht beigetreten werden. Seine Ansicht, daß nur die für die Beitragsberechnung „erforderlichen" Meldungen zu erstatten seien, deckt sich jedenfalls dann nicht mit dem Inhalt des § 318 RVO., wenn darunter nur die im Einzelfall erforderlichen Angaben verstanden werden. § 318 spricht vielmehr von denjenigen Angaben, die durch die Satzung zur Berechnung der Beiträge gefordert werden. Es kann aber auch nicht anerkannt werden, daß die Meldung von Lohnveränderungen für die Zwangskasse kein Interesse mehr hätte und aus diesem Grunde etwa nicht mehr erforderlich wäre. Sonderhoff selbst weist in dieser Hinsicht auf den § 523 RVO. hin, nach dem infolge einer Lohnerhöhung das Ruhen der Rechte und Pflichten bei der Zwangskasse aufhören, Rechte und Pflichten also in vollem Umfang wiederaufleben können. Auf derartige Fälle wird die Zwangskasse durch rechtzeitige Meldung der Lohnerhöhung aufmerksam gemacht, und erst durch diese Meldung wird sie angeregt und in die Lage versetzt, die Frage des ferneren Ruhens der Rechte und Pflichten nachzuprüfen. Daß sie, wie Sonderhoff ausführt, gesetzlich nicht in der Lage wäre, eine Kontrolle darüber auszuüben, trifft in dieser Allgemeinheit nicht zu, da ihr nach § 524 RVO. das Recht zusteht, im Wege der Rechtshilfe die erforderliche Auskunft von der Ersatzkasse einzuholen. Aber auch abgesehen von diesen Erwägungen kann schon nach dem Wortlaut der in Betracht kommenden Vorschriften eine Ausnahme von den allgemeinen Meldepflichten hinsichtlich der hier in Rede stehenden Personen nicht angenommen werden.

Anspruch auf Ersatz der vollen Kosten selbstbeschaffter Krankenhauspflege in einem dringenden Falle?

Urteil des **Oberversicherungsamts Stralsund** v. 23. Juli 1921.

Gemäß § 368 RVO. und § 40 der Satzung der Beklagten kann die Beklagte die Bezahlung anderer Ärzte als solcher, die der Krankenkasse vertraglich verpflichtet sind, ablehnen, wenn nicht ein dringender Fall vorliegt. Letzteres ist aber in vorliegendem Falle zutreffend.

Wie der die Klägerin anfangs behandelnde Arzt Dr. Sch. in dem von der Klägerin vorgelegten Gutachten vom 20. 11. 1920 bescheinigt, handelte es sich bei der Klägerin um einen äußerst dringenden Fall von anormaler Geburt, der schnellen operativen Eingriff erforderte. Da dieser Eingriff nur durch einen Chirurgen vorgenommen werden konnte und der Chirurg des städtischen Krankenhauses nicht anwesend und eine Ueberweisung der Klägerin nach der Greifswalder Klinik wegen großer Lebensgefahr ausgeschlossen war, blieb der Klägerin weiter nichts übrig, als sich auf Anraten des Dr. Sch. in die Privatklinik von Dr. H. zu begeben, der sich infolge drohender Lebensgefahr sofort zur Operation bereit erklärte. Da es sich also um einen dringenden Fall handelte, wie ihn der § 368 RVO. vorsieht, so ist die Kasse nicht berechtigt, die Tragung der Kosten für die Operation abzulehnen.

Was die Kosten für das längere Verweilen der Klägerin in der H.'schen Klinik nach der Operation anbetrifft, so ist die Kasse verpflichtet, auch diese Kosten zu übernehmen. Wie einwandfrei festgestellt worden ist und auch von der Beklagten nicht bestritten wird, hat der Ehemann der Klägerin sofort am nächsten Tage nach der Einlieferung seiner Ehefrau in die Privatklinik von Dr. H. die Kasse hiervon benachrichtigt. Die Beklagte wäre daher in der

Digitized by Google

Lage gewesen, anzuordnen, daß die Klägerin, nachdem die erste Notbehandlung erledigt war, in ein anderes Krankenhaus oder in die Universitätsklinik Greifswald überführt wurde. Da aber von der Kasse nichts derartiges veranlaßt wurde, mußte die Klägerin annehmen, daß die Kasse mit der Weiterbehandlung in der Privatklinik von Dr. H. einverstanden war. Es lag also für die Klägerin keine Veranlassung vor, ihre Behandlung in der H.'schen Klinik abbrechen zu lassen und sich in die weitere Behandlung eines Arztes zu begeben, der der Krankenkasse vertraglich verpflichtet war.

Die Spruchkammer des Oberversicherungsamtes gelangte deshalb unter Abänderung der Vorentscheidung des Versicherungsamtes zu der Ueberzeugung, daß die Allgemeine Ortskrankenkasse verpflichtet ist, der Klägerin sämtliche ihr entstandenen Kosten zu erstatten.

Anmerkung: Die Kasse bemängelt die Entscheidung zunächst, weil nicht erwiesen sei, daß die Operation nicht im städtischen Krankenhause hätte erfolgen können. Allein die tatsächlichen Feststellungen des Oberversicherungsamts, die sich selbstverständlich unserer Nachprüfung entziehen, rechtfertigen nicht nur die Annahme eines dringlichen Falles, sondern auch die Überführung der Kranken in ein anderes als das städtische Krankenhaus, weil dessen Chirurg abwesend war. Weiter macht die Kasse geltend, daß jedenfalls die Kasse nicht zur Tragung der vollen Krankenhauspflegekosten, sondern höchstens zur Bezahlung der Operationskosten nach den Mindestsätzen der Gebührenordnung für Ärzte hätte verurteilt werden können, weil die Gewährung von Krankenhauspflege nach § 184 RVO. nie eine Pflicht, sondern nur ein Recht der Kasse sei. Dabei wird übersehen, daß das Oberversicherungsamt seine Entscheidung auf die Annahme eines stillschweigend bekundeten Einverständnisses der Kasse mit der Weiterbehandlung in der Privatklinik des Dr. H. gründet. Die tatsächlichen Feststellungen, auf denen diese Annahme beruht, entziehen sich wieder unserer Prüfung. Die Schlußfolgerung aber, die das Oberversicherungsamt aus dem schweigenden Verhalten der Kasse gegenüber der Mitteilung des Ehemannes der Kranken zieht, erscheint mindestens nicht unhaltbar, und das Einverständnis der Kasse steht einer von ihr getroffenen Anordnung gleich.

C. Zur Unfallversicherung.

Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes bei Eigenbaubetrieben.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** (Großen Senats) vom 30. April 1921 (Ia. 3441/19).

In dem der Rekursentscheidung vom 23. September 1915 (Ia. 1644/14) zugrunde liegenden, dem hier zu entscheidenden im wesentlichen gleichen Falle, ist der Jahresarbeitsverdienst eines bei einer Eigenbauarbeit verunglückten Versicherten nach den §§ 565, 567 RVO. berechnet worden. Diese Entscheidung geht davon aus, daß die Zahl der Arbeitstage, während deren ein „Eigenbaubetrieb" bestanden habe, als die betriebsübliche anzusehen sei. Es wird dementsprechend zunächst nach § 565 RVO. der durchschnittliche Tagesverdienst des Verletzten mit der Zahl der Tage vervielfältigt, welche er bei der Eigenbauarbeit beschäftigt gewesen ist, und für die an der betriebsüblichen Zahl fehlenden Arbeitstage der Lohn eines Versicherten der gleichen Art hinzugezählt. Für die dann noch an 300 fehlende Zahl von Arbeitstagen wird auf Grund des § 567 RVO. der Ortslohn für Erwachsene in die Berechnung eingestellt. Diese Entscheidung läßt sich nicht aufrechterhalten. Denn sie übersieht, daß es sich bei Eigenbauarbeiten, wie schon die Fassung des § 537 Abs. 1 Nr. 3 RVO. erkennen läßt, nicht um einen „Betrieb", sondern um eine versicherte „Tätigkeit" handelt, und daß die Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes in Fällen vorliegender Art daher auf der Grundlage des § 572 RVO. erfolgen muß (zu vergl. Begr. zum Entw. einer RVO. S. 294). Der vorgenannte Paragraph läßt nur eine entsprechende, d. h. die Eigenart der versicherten Tätigkeiten berücksichtigende Anwendung der für Betriebe geltenden Vorschriften der §§ 563 bis 571 RVO. zu. Zu den Besonderheiten gehört in erster Linie, daß von einer „betriebsüblichen" Dauer einer Tätigkeit nicht gesprochen werden kann. Denn im Gegensatz zum Betrieb, der einen Inbegriff von Verrichtungen darstellt, und dem eine gewisse Stetigkeit, sowohl hinsichtlich der Art, als auch hinsichtlich der Zeit der Ausführung dieser Verrichtungen innewohnt, kann eine versicherte Tätigkeit nach ihrem Zweck oder ihrem Gegenstand stets nur für sich allein betrachtet werden. Ist sie abgeschlossen, weil ihr Zweck erreicht oder weil sie sonst gegenstandslos geworden ist, so ist sie endgültig erledigt. Was danach folgt, ist nicht eine Fortsetzung der früheren, sondern immer eine neue selbständige Tätigkeit. Bei dieser Sachlage wird man bei der Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes eines bei einer versicherten Tätigkeit beschäftigten Arbeiters mangels einer besonderen gesetzlichen Vorschrift als übliche Zahl von Arbeitstagen im Sinne des § 563 ff. RVO. grundsätzlich die vom Gesetzgeber für die Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes allgemein als Regel aufgestellte Zahl 300 annehmen müssen. Trägt aber diese Zahl den wirtschaftlichen Verhältnissen des einzelnen Falls nicht genügend Rechnung, würde sie insbesondere zu erheblichen Ungleichheiten bei der Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes von Versicherten des gleichen Gewerbezweiges und der gleichen Betriebsart führen, je nachdem sie bei einer Tätigkeit oder in einem Betriebe beschäftigt sind, so

Digitized by Google

ist an ihrer Stelle eine andere höhere oder niedrigere Zahl einzusetzen. Handelt es sich, wie vorliegend, um eine Eigenbauarbeit, so sind bei der Feststellung ihrer üblichen Dauer die Verhältnisse in gewerbsmäßigen Baubetrieben zum Vergleich heranzuziehen. In solchen Betrieben wird erfahrungsgemäß in der Regel nicht an 300 Tagen jährlich gearbeitet, weil ungünstige Witterung, insbesondere Frost, zeitweilig ein Ruhen des Betriebes bedingt. Die Zahl der in ihnen üblichen Arbeitstagen läßt sich allerdings nicht einheitlich bestimmen. Sie ist in den verschiedenen Gegenden Deutschlands und innerhalb dieser wieder in den Städten und auf dem Lande verschieden hoch. In H., wo sich der tödliche Unfall des H. ereignet hat, beträgt sie nach der Auskunft des Versicherungsamtes Gießen 250. Diese Zahl ist daher auch bei Eigenbauarbeiten in jener Gegend als üblich anzunehmen. Da H. im ganzen nur 4 Tage bei dem Eigenbau des A. beschäftigt gewesen ist, ist sein Jahresarbeitsverdienst zunächst unter entsprechender Anwendung des § 565 RVO. in der Weise zu berechnen, daß sein eigener täglicher Arbeitsverdienst von 10,80 M. mit 4 zu vervielfältigen und daß für die an 250 fehlende Zahl von Arbeitstagen, das ist für 246 Tage der durchschnittliche Verdienst eines gleichartigen Arbeiters im Sinne des § 565 RVO., hinzuzuzählen ist. Als gleichartigen Arbeiter hat das OVA. den in dem gewerbsmäßigen Baubetrieb des Bauunternehmers D. in L. beschäftigten Maurer H. ermittelt, welcher in der Zeit vom 10. April 1918 bis 6. April 1919 durchschnittlich täglich 7,736 M. verdient hat. Die in dieser Beziehung erhobenen Einwendungen der Beklagten sind nicht begründet. Wie das RVA. bereits in seiner vom OVA. angezogenen Rekursentscheidung vom 6. Februar 1920 (Ia. 3349/99) ausgeführt hat, kann unbedenklich auf einen gewerbsmäßigen Baubetrieb zurückgegriffen werden, wenn für einen bei einem Eigenbau verunglückten Arbeiter ein gleichartiger zu ermitteln ist. Denn die Gleichartigkeit der in dem gewerbsmäßigen Baubetrieb und der beim Eigenbau ausgeführten Arbeiten ist ausschlaggebend. Diese in der bezeichneten, unter der Herrschaft des früheren Rechts ergangenen Rekursentscheidung vertretene Rechtsauffassung trifft heute noch zu. Mit ihr steht im Einklang, daß, wie oben dargelegt, auch wegen der üblichen Dauer von Eigenbauarbeiten die Verhältnisse in gewerbsmäßigen Baubetrieben zu berücksichtigen sind. Da sich der Baubetrieb des Unternehmers D. auch mit Abbruchsarbeiten befaßt und da ferner der getötete H. nach der Auskunft des Versicherungsamtes Gießen gelernter Maurer und bis zum Jahre 1915 in diesem Berufe tätig war, ist die Einstellung des Arbeitsverdienstes eines bei D. beschäftigten Maurers in die Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes des H. an sich nicht zu beanstanden. Ob allerdings der von D. dem Oberversicherungsamt namhaft Gemachte ein dem H. gleichartiger Arbeiter gewesen ist, könnte im Hinblick auf seinen rund 3 M. niedrigeren Durchschnittsverdienst zweifelhaft sein. Daraus hergeleitete Einwendungen wären aber nur zu verstehen, wenn sie von den Klägern erhoben worden wären, während die Beklagte keinen Anlaß hat, sich durch die Benennung des H. beschwert zu fühlen. Die Kläger haben das Urteil des OVA. nicht angefochten, so daß diese Frage auf sich beruhen bleiben kann.

Da als übliche Dauer der hier in Rede stehenden Eigenbauarbeit 250 Tage angenommen worden sind, ist noch zu prüfen, ob etwa die Vorschrift des § 567 RVO. entsprechend anzuwenden ist, ob also für die an 300 fehlende Zahl von Arbeitstagen, hier für 50 Tage, der Ortslohn für Erwachsene über 21 Jahre in die Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes des H. einzustellen ist. Dies ist zu verneinen. § 567 RVO. hat nur solche Betriebe im Auge, in denen im Jahre nur so kurze Zeit gearbeitet und demgemäß von den darin beschäftigten Arbeitern nur so wenig verdient wird, daß diese zur Erwerbung ihres notwendigen Lebensunterhaltes gezwungen sind, in der Zeit, während welcher der Betrieb ruht, anderweit Lohnarbeit zu verrichten. Dies trifft auf Baubetriebe nicht zu. Einerseits ergibt die in ihnen übliche Betriebsweise eine Zahl von Arbeitstagen, welche nicht allzuweit hinter der Normalzahl 300 zurückbleibt, anderseits ist bei Bemessung der Löhne bereits berücksichtigt, daß in dem Betriebe nicht das ganze Jahr hindurch gearbeitet wird. Bei dieser Sachlage ist der für die Hinterbliebenenentschädigung der Kläger maßgebende Jahresarbeitsverdienst des H. auf folgende Weise zu berechnen:

1. Eigener Verdienst des H. an 4 Arbeitstagen, das ist 4 × 10,80 M. =	43,20 M.
2. Lohn des gleichartigen Arbeiters H. an 246 Arbeitstagen, das ist 246 mal 7,36 M. = ...	1903,05 M.
zusammen	1946,25 M.

davon anrechnungsfähig nach § 563 der Reichsversicherungsordnung: 1848,75 M.

Zum Anspruch des Versicherungsamts auf Kostenerstattung auf Grund des § 1598 RVO.

Entscheidung des **Reichsversicherungsamts** v. 27. Juli 1921 (3081 Amtl. Nachr. 1921 S. 395).

Eine berufsgenossenschaftliche Sektion hatte einem Verletzten durch Bescheid die Dauerrente entzogen. Im Einspruchverfahren beantragte der Verletzte die Einholung eines Gutachtens von dem Kreisarzt und erklärte sich bereit, die Kosten zu tragen, wenn das Versicherungsamt die Einholung des Gutachtens von Amts wegen ablehnen sollte. Das Versicherungsamt holte das Gutachten ein und teilte es dem Verletzten mit, worauf dieser, noch ehe die mündliche Verhandlung stattgefunden und das Versicherungsamt sein Gutachten gemäß § 1605 RVO. erstattet hatte, den Einspruch zurückzog. Die

Digitized by Google

durch das ärztliche Gutachten entstandenen Kosten im Betrage von 16,60 M. hat das Versicherungsamt der Sektion in Rechnung gestellt. Die dagegen eingelegte Beschwerde ist vom Oberversicherungsamte gemäß §§ 1759, 1693 a. a. O. an das Reichsversicherungsamt abgegeben worden. Dieses hat sie mit folgender Begründung zurückgewiesen:

Zu den vom Versicherungsträger nach § 59 Abs. 2 RVO. in Spruchsachen zu erstattenden Barauslagen des Verfahrens gehören die Kosten ärztlicher Gutachten, die das Versicherungsamt beim Einspruchverfahren im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften einholt (zu vgl. Entsch. 2815 der Amtl. Nachr. des RVA. 1915 S. 569). Die Einforderung ärztlicher Gutachten durch das Versicherungsamt im Einspruchverfahren ist in den §§ 1595, 1596 RVO. geregelt. Ferner kommt § 1598 a. a. O. in Betracht, der die Anstellung von Ermittlungen durch das Versicherungsamt im Einspruchverfahren im allgemeinen ordnet. Zu den Ermittlungen in diesem Sinne gehört die Befragung ärztlicher Sachverständiger (zu vgl. Entsch. 2736 der Amtl. Nachr. des RVA. 1914 S. 669). Nach § 1600 RVO. gelten die Vorschriften der §§ 1595, 1596 und 1598 auch für das erweiterte Einspruchverfahren bei Änderung von Dauerrenten.

Nach § 1595 ist das Versicherungsamt bei der Einholung des Gutachtens des Kreisarztes nicht verfahren, denn es handelt sich hier nicht um einen Arzt, dem der Verletzte nach eigener Wahl seine Behandlung übertragen hatte (zu vgl. Entsch. 2737 der Amtl. Nachr. des RVA. 1914 S. 672). Auch der Fall des § 1596 Abs. 2 liegt nicht vor, da es sich nicht um Rückerstattung von Kosten handelt, die der Verletzte für ein Gutachten im voraus entrichtet hat. Es bleibt daher nur zu prüfen, ob das Versicherungsamt bei Einholung des Gutachtens gemäß der Vorschrift des § 1598 gehandelt hat.

Die Ermittlungen, die das Versicherungsamt nach dieser Vorschrift anstellen kann, sind in zweifacher Hinsicht beschränkt. Die Beweismittel müssen bereit oder leicht zu beschaffen sein und dürfen keine erheblichen Kosten verursachen. In dieser Beziehung bestehen im vorliegenden Falle keine Bedenken. Die Vorschrift geht ferner davon aus, daß das Versicherungsamt sich gutachtlich zur Sache äußert, und gestattet die Ermittlungen nur „hierzu", also zum Zwecke der gutachtlichen Äußerung. Stellt das Versicherungsamt Erhebungen an, die nicht diesem Zwecke dienen, gibt es etwa, wie im Falle der Entsch. 2737, die Akten nach Einholung eines ärztlichen Gutachtens ohne eine Äußerung zur Sache dem Versicherungsträger zur Entscheidung zurück, so hat es seine gesetzlichen Befugnisse überschritten, dann sind, wie in jener Entscheidung ausgesprochen ist, die dadurch entstehenden Kosten nicht gemäß § 59 Abs. 2 vom Versicherungsträger zu erstatten. Anders liegt die Sache aber, wenn das Versicherungsamt, wie hier, zum Zwecke der ihm nach § 1605 obliegenden Erstattung eines Gutachtens in der Sache Ermittlungen angestellt und das Gutachten nur deshalb nicht erstattet hat, weil der Verletzte den Einspruch inzwischen zurückgenommen hat und damit das Verfahren erledigt ist. In diesem Falle hat sich das Versicherungsamt im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften gehalten. Es liegt daher kein Grund vor, den Versicherungsträger von der Pflicht zur Kostenerstattung zu befreien.

Die Sektion kann sich schließlich auch nicht darauf berufen, daß der Verletzte sich zur Tragung der Kosten bereit erklärt habe. Abgesehen davon, daß sein Anerbieten kein unbedingtes war, sondern er nur dann die Kosten tragen wollte, wenn das Versicherungsamt die Einholung des Gutachtens von Amts wegen ablehne, würde seine unbedingte Bereitwilligkeit zur Kostentragung auch nur insoweit von rechtlicher Bedeutung sein, als das Gesetz die Tragung der Kosten durch den Verletzten vorsieht. Denn es handelt sich bei den Verfahrensvorschriften der Reichsversicherungsordnung um zwingendes Recht, das der Abänderung durch den Parteiwillen nicht unterliegt. Die Reichsversicherungsordnung kennt aber eine Tragung der Kosten der vom Versicherungsamt im Einspruchverfahren angestellten Ermittlungen durch den Verletzten nur in dem hier nicht in Betracht kommenden Falle des § 1596, also nur dann, wenn der Verletzte die Kosten des auf seinen Antrag vom Versicherungsamt eingeholten ärztlichen Gutachtens im voraus entrichtet oder Sicherheit dafür geleistet hat. Das bloße Anerbieten reicht daher nicht hin, die Verpflichtung des Verletzten zur Kostentragung zu begründen.

Sprechsaal.

Wartezeit für Mehrleistungen der Krankenkassen. Ein Vorschlag zu § 208 RVO.

Die hier im „Sprechsaal" Heft 26 S. 513 geäußerten Bedenken gegen die Bestimmung des § 208 Satz 2 RVO. sind durchaus berechtigt, aber nicht nur aus den dort dargelegten Gründen. Während der Herr Einsender sich darauf beschränkt hat, auf gewisse Härten, die sich aus ihr ergeben, hinzuweisen, möchte ich im nachstehenden auf die Schwierigkeiten aufmerksam machen, die sich der Anwendung der fraglichen Bestimmung entgegenstellen.

Was diese Schwierigkeiten hervorruft, ist der Umstand, daß der Anspruch auf Mehrleistungen von dem Anrecht auf solche Leistungen bei Kassen, denen das Mitglied während der letzten zwölf Monate angehört hat, abhängt. Es müssen daher zunächst sämtliche in diesen Zeitraum fallenden Kassenmitgliedschaften festgestellt, und es muß bei jeder einzelnen geprüft werden, ob und für welche Zeit ein

Digitized by Google

solcher Anspruch bestanden hat. Ob dies der Fall war, hängt aber nicht immer von der Dauer der Mitgliedschaft ab, sondern, wenn die Wartezeit nicht erfüllt war, davon, ob auch schon hier die Voraussetzungen des § 208 Satz 2 gegeben waren. Um dies zu prüfen, ist es aber nötig, die Mitgliedschaften aus der noch weiter zurückliegenden Zeit festzustellen und ebenfalls zu untersuchen, ob und für welche Zeit bei ihnen ein Anspruch auf Mehrleistungen bestanden hat. Letzteres kann aber wiederum davon abhängen, ob auch hier die Voraussetzungen des § 208 Satz 2 gegeben waren, so daß man mit den Ermittlungen immer weiter zurückgehen muß. Hieraus sieht man, daß sich diese Feststellungen fast als eine Schraube ohne Ende darstellen. Man müßte bis auf die erste Kassenmitgliedschaft zurückgehen, es sei denn, daß eine versicherungsfreie Zwischenzeit von mindestens sechs Monaten das Vorliegen der Voraussetzungen des § 208 Satz 2 für die nächste Zeit ausschließt und so die Ausdehnung der Feststellungen auf weiter zurückliegende Mitgliedschaften unnötig macht. Bei Leuten, die öfter ihre Stellung gewechselt haben, wird es kaum möglich sein, die nötigen Feststellungen für mehr als drei Jahre rückwärts zu treffen. Wer die Schwierigkeiten kennt, die oft schon die sich höchstens auf ein Jahr erstreckende Feststellung der Versicherungszeit im Sinne des § 214 RVO. macht, wird ermessen können, was es bedeutet, solche Ermittlungen für viele Jahre anzustellen. Es dürfte durchaus nötig sein, eine gesetzliche Bestimmung, deren Handhabung solche Schwierigkeiten bietet, durch eine einfachere zu ersetzen.

Was nun die vorgeschlagene Lösung anbelangt, so schafft auch sie die Notwendigkeit solcher weit zurückgreifenden Feststellungen nicht aus der Welt und ist m. E. ebenfalls nicht frei von Unbilligkeiten, jedoch im entgegengesetzten Sinne. Nehmen wir nämlich an, daß ein Arbeitnehmer etwa eine Woche lang Mitglied einer Krankenkasse gewesen ist, die ohne Wartezeit Mehrleistungen gewährt, so würde er, wenn er innerhalb eines Jahres nach dem Ausscheiden aus dieser Kasse Mitglied einer anderen Kasse wird, die nach sechsmonatiger Wartezeit Mehrleistungen gewährt, sofort beim Eintritt Anspruch auf diese haben. Er braucht in der langen Zwischenzeit von beinahe einem Jahre nicht versichert gewesen zu sein und ist trotzdem besser gestellt als jemand, der schon 25 Wochen der Kasse angehört hat. Ist es schon eine Vergünstigung, bei einer Kasse sofort einen höheren Anspruch zu haben, so braucht m. E. ein solcher Zufall nicht noch auf spätere Mitgliedschaften fortzuwirken zum Nachteil der anderen Kassen.

Es wäre nach alledem wohl am zweckmäßigsten, für den Bezug von Mehrleistungen bei Nichterfüllung der Wartezeit das Erfordernis eines solchen Anspruchs auf Grund einer früheren Mitgliedschaft ganz auszuschalten und lediglich ein Versichertsein für eine bestimmte Zeit innerhalb eines gewissen Zeitabschnittes als Voraussetzung vorzuschreiben wie es bereits für die Ansprüche aus § 195a, 205a und 214 RVO. geschehen ist. § 208 Satz 2 könnte dann etwa lauten: „. . . Eine solche Bestimmung gilt nicht für Mitglieder, die binnen der letzten zwölf Monate mindestens sechs Monate hindurch auf Grund der Reichsversicherung oder bei einer knappschaftlichen Krankenkasse gegen Krankheit versichert waren."

Richard Gräbig, Stadtsekretär in Berlin.

Zur Höhe des Stillgeldes in der reichsgesetzlichen Wöchnerinnenfürsorge.

Das erst vor 4 Monaten durch Gesetz vom 29. 7. 21. festgesetzte Mindeststillgeld von täglich 1.50 M. erweist sich angesichts der seit Wochen eingetretenen, nie geahnten Geldentwertung als völlig unzureichend. Kostet z. Zt. schon auf dem Lande der Liter Milch 3—4 M., dann wird der Preis in den Großstädten bald die Höhe des für Kassenmitglieder höchstmöglichen Stillgeldes erreichen. Den Krankenkassen, die gern ihren in den unteren Klassen Versicherten, oft die Ärmsten der Armen, höhere Stillgelder zahlen möchten, sind durch Gesetz die Hände gebunden. Das Reich, das zu einem erheblichen Teile Stillgelder aus eigenen Mitteln zu bestreiten hat, wird sich bei der herrschenden Finanznot nur schwerlich zu einer durchgreifenden Aufbesserung entschließen können. Doch solange im deutschen Lande noch reichlich Geld für Vergnügungen und übertriebenen Luxus vorhanden ist, müssen auch ausreichende Mittel für die Ernährung unseres Nachwuchses flüssig gemacht werden. Was hier gespart oder unzureichend gegeben wird, werden wir später für kranke, weniger leistungsfähige Arbeitskräfte doppelt und dreifach aufwenden müssen. Der schon früher aufgetauchte Plan allen unter das Wochenhilfegesetz fallenden Wöchnerinnen gleich hohe Stillgelder zu gewähren, sollte daher unverzüglich wieder aufgenommen werden. Die Krankenkassen wie auch das Reich müßten verpflichtet werden, den stillenden Müttern Stillgelder im Betrage des jeweiligen Milchpreises zu zahlen. Leicht ließe sich für den Bezirk eines Versicherungsamts ein gleicher Satz feststellen, um in gleichgearteten Wirtschaftsgebieten einheitliche Beträge zahlen zu können. Nur ein auf diese Weise geschaffenes bewegliches Stillgeld kann seinem Zwecke und somit der Förderung der Volksgesundheit dienen.

Kassenverbände und sonstige in der Mutterschaftsfürsorge tätigen Vereine haben die Pflicht, sich mit der gegebenen Anregung zu beschäftigen und nachdrücklichst für Verwirklichung des Vorschlages in irgend einer Form einzutreten.

Wittkämper,
Geschäftsführer der Allg. Ortskrankenkasse in Bünde.

Anmerkung: Wir nehmen diese Anregung gern auf und möchten nur einen Hinweis darauf beifügen, wie die Kassen wohl schon jetzt Kassenmittel zu dem Zwecke verwenden könnten, das Stillgeld bis zu einer dem jeweiligen Milchpreise entsprechenden Weise zu ergänzen. Sie sollten Vereine für Mutterschutz oder Säuglingsfürsorge oder andere Veranstaltungen der Wohlfahrtspflege veranlassen, jenen Zweck ins Auge zu fassen und in geeigneten, namentlichen in den ihnen von den Krankenkassen empfohlenen Fällen Beihilfen — Stillprämien zur Ergänzung der von den Kassen zu gewährenden Stillgelder — zu zahlen. Die Kassen aber könnten diese Vereine oder Anstalten durch Zuwendungen aus Kassenmitteln für den bezeichneten Zweck unterstützen. Denn die so verwendeten Gelder würden allgemeinen Zwecken der Krankheitsverhütung dienen (§ 363 RVO.), weil durch eine hinreichende Ernährung der Säuglinge die Gefahr ihrer Erkrankung im allgemeinen, insbesondere auch in den Familien der Versicherten, gemindert würde.

Digitized by Google

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen.

Vorläufiges Ergebnis der Zählung der Geschlechtskranken im Jahre 1919.

Das vorläufige Ergebnis der Zählung der Geschlechtskranken, die in der Zeit vom 15. November bis 14. Dezember 1919 im ganzen Reiche stattfand, liegt nun vor (Veröff. d. Reichsgesundheitsamts 1921 S. 408): Es wurden insgesamt rund 136 000 Zivil- und Militärpersonen ermittelt, welche während jener Zeit wegen einer Geschlechtskrankheit oder wegen Folgekrankheiten der Syphilis in ärztlicher Behandlung gestanden haben und von Ärzten ohne Namensangabe gemeldet worden sind.

Da eine Zergliederung dieser Zahl nach dem Krankenbestande zu Beginn der Zählung und dem Krankenzugange noch nicht durchgeführt werden konnte, läßt sich zur Zeit die eigentliche Erkrankungshäufigkeit, d. h. das Verhältnis des Krankenzugangs zu der beobachteten Bevölkerung, noch nicht angeben. Man kann daher vorläufig nur die Berechnung des Krankenbestandes und Krankenzuganges zusammen auf die Bevölkerungszahl vornehmen, um einen allerdings nur informatorischen räumlichen Vergleichswert zu erhalten. Wie diese Berechnung ergibt, trafen auf je 10 000 der Reichsbevölkerung 22 während der Erhebungszeit ermittelte Geschlechtskranke. Diese Reichsdurchschnittsziffer wurde erheblich nur von großstädtischen Verwaltungsbezirken, und zwar von Bremen mit 76, Hamburg mit 67 und Lübeck mit 49, überschritten. Indessen ist schon aus dem Grunde, weil es in diesen Bezirken verhältnismäßig viel mehr Ledige im Alter von 15 bis 30 Jahren, d. h. in dem besonders gefährdeten Alter, gibt als in den übrigen Bezirken, nicht angängig, aus diesen rohen Ziffern ohne weiteres auch auf eine größere Erkrankungshäufigkeit zu schließen. Vielmehr lassen die Ziffern der größeren Landesteile deutlich erkennen, daß die räumlichen Abweichungen vom Reichsdurchschnitt im allgemeinen nur gering sind; denn diese Ziffer betrug für Sachsen 29, für Preußen 22 (also gleich dem Reichsdurchschnitt), für Bayern und Thüringen 19, für Baden 18 und für Württemberg 13. Das großstadtarme Süddeutschland scheint demnach günstiger dazustehen als das großstadtreiche Norddeutschland.

Für den zeitlichen Vergleich, d. h. für die Frage der Zu- oder Abnahme der Geschlechtskrankheiten, sind die auf Grund von früheren Erhebungen vorhandenen Unterlagen nur teilweise verwertbar, denn ein solcher Vergleich setzt nicht nur das gleiche Beobachtungsgebiet, die gleiche Zeitdauer und Jahreszeit der Erhebung, sondern auch eine gleiche Beteiligung der Ärzte an den Erhebungen voraus. Demgemäß kommt hierfür allein die entsprechende Erhebung in den deutschen Großstädten aus dem Jahre 1913 in Betracht, bei der 33 266 geschlechtskranke Zivilpersonen oder 64 auf je 10 000 Einwohner während eines einmonatigen Beobachtungszeitraumes in den 10 größten Stadtgemeinden gezählt worden waren. Für die gleichen 10 Großstädte betrug im Jahre 1919 die Zahl der gemeldeten geschlechtskranken Zivilpersonen 31 631 oder 61 auf je 10 000 Einwohner. Dieser Rückgang um 3 auf 10 000 Einwohner bei der Erhebung im Jahre 1919 dürfte indessen nur scheinbar sein, da die Beteiligung der meldenden Ärzte und Krankenanstalten im Jahre 1913 im allgemeinen größer war als im Jahre 1919. Die prozentuale Beteiligungsziffer betrug z. B. für Essen 92, für Breslau 95, in Hamburg 99, in Leipzig 95 und in München 94 v. H.; in dem Jahre 1919 beliefen sich die gleichen Ziffern in diesen Städten nur auf 24, 53, 54, 56 und 60. Hierbei ist allerdings die Teilnahme der Fachärzte für Geschlechtskrankheiten von ausschlaggebender Bedeutung. Je mehr Nachrichten von diesen vorliegen, um so größer wird die Zahl der durch die Zählung erfaßten Geschlechtskranken sein. Die Berechnung der Beteiligung der Fachärzte wird sich allerdings nur für die Erhebung von 1919 ermöglichen lassen. Alsdann wird man aber einen besseren Anhaltspunkt für die Bewertung der örtlichen Verschiedenheiten in dem Ergebnis der Zählung von 1919 gewinnen können. Jedenfalls kann ein Vergleich zwischen den Erhebungen im Jahre 1913 und 1919 nur unter Berücksichtigung der ärztlichen Beteiligung gezogen werden.

Wie wichtig diese Ziffern schon für die Bewertung des Ergebnisses der Zählung im Jahre 1919 sind, geht aus folgendem Beispiel hervor. Hannover hatte bei dieser Zählung auf 10 000 Einwohner 81, Berlin 80 in ärztlicher Behandlung befindliche geschlechtskranke Zivilpersonen aufzuweisen. Daraus aber, daß in Hannover 96,6 v. H., in Berlin nur 49,3 v. H. der Ärzte Meldungen einsandten, wird ersichtlich, daß die Zahl der behandelten Geschlechtskranken in Berlin bedeutend größer gewesen sein muß als in Hannover. Da ferner in Hannover die ärztliche Beteiligungszahl höher war als bei allen anderen Großstädten, erscheint hier auch die größte Zahl der behandelten geschlechtskranken Zivilpersonen.

Immerhin kann selbst unter diesen Umständen für den Beobachtungszeitraum von 1919 gegenüber dem gleichen von 1913 schon heute von einer gewaltigen Zunahme der Geschlechtskrankheiten, wie sie beunruhigend immer wieder in der Tagespresse geschildert wird, nicht gesprochen werden.

Zur Frage der Zusammenlegung der Angestellten- und Invalidenversicherung.

Auf Veranlassung des Büros für Sozialpolitik ist von sachverständiger Seite ein Gesetzentwurf ausgearbeitet worden, der in der „Sozialen Praxis" 1921 Sp. 1118 vollständig abgedruckt und dessen Begründung das. Sp. 1149 mitgeteilt ist. Der Entwurf will die bisherige Sonderversicherung der Angestellten aufrechterhalten, die Zusammenlegung lediglich auf die Behörden und Träger der Versicherung beschränken, die Angestellten hinsichtlich der Selbstverwaltung den Arbeitern künftig gleichstellen, trotz dieser organischen Vereinheitlichung aber die Durchführung der Versicherung ausschließlich den Angestellten vorbehalten. Der Entwurf beseitigt hiernach lediglich die unnötige und kostspielige Sonderorganisation, ohne anderseits die bisherigen Rechte der Angestellten zu beeinträchtigen. — Die Begründung lautet:

I. Gegen die Ausgestaltung der Angestelltenversicherung als selbständiger Sonderversicherung neben der Invalidenversicherung sind von Anfang an starke Bedenken erhoben worden. Diese Bedenken beruhten einerseits darauf, daß den Angestellten besondere von denen der Arbeiter verschiedene Leistungen gewährt werden sollten, anderseits darauf, daß die Schaffung einer eigenen Organisation in Verwaltung und Rechtsprechung überflüssig erschien. Während die

Digitized by Google

Bedenken der ersten Art hauptsächlich von seiten der Arbeiter geltend gemacht, von den Angestellten selbst dagegen in ihrer Mehrheit nicht geteilt wurden, fanden die Bedenken der zweiten Art auch in den Kreisen der Angestellten immer wachsende Zustimmung. Denn die Sonderorganisation bedeutete eine unnötige Komplizierung, eine wesentliche Verteuerung und eine zentralisierte Bürokratisierung.

1. Die Komplizierung zeigte sich darin, daß die Angestellten für denselben Versicherungsfall (Invalidität, Alter und Tod des Ernährers) bei zwei verschiedenen Stellen versichert waren, an beide Stellen in verschiedenen Verfahren Beiträge zu leisten hatten, von zwei Stellen Leistungen empfingen und ihre Streitigkeiten vor zwei verschiedenen Behörden austragen mußten. Außer der gebotenen Mehrarbeit entstand hierdurch die Gefahr widersprechender Entscheidungen, wesentlicher Verzögerungen und dadurch hervorgerufener Verärgerung, die die Angestellten in befremdend großer Anzahl dazu trieb, mit allen Mitteln ihre Befreiung von der Angestelltenversicherung zu versuchen.

2. Die Verteuerung ergibt sich aus folgenden Erwägungen: Für die Versicherung von rund 1 500 000 Angestellten war im Vorjahre die Tätigkeit von 123 höheren und 3362 (zeitweilig sogar 3491) mittleren und unteren Beamten erforderlich, und der Aufwand an Verwaltungskosten stieg von 23,8 Mill. Mark im Jahre 1919 auf 59 Mill. M., rund 40 M. auf jeden Versicherten, im Jahre 1920. *) Demgegenüber waren bei den Versicherungsanstalten und Sonderanstalten nach den letzten vollständigen Nachweisungen für 1919 bei einem mehr als zehnmal so großen Versichertenbestande neben 196 beamteten Vorstandsmitgliedern und höheren Beamten 4590 andere Beamte tätig, und der Aufwand an Verwaltungskosten betrug 58 Mill. M., rund 3,6 M. auf jeden Versicherten. Dabei ist zu beachten, daß die Organisation der Versicherungsanstalten vollständig ausgebaut ist, daß im Jahre 1919 rund 360 000 Renten festzusetzen und 2 Mill. laufende Renten zu überwachen waren, wogegen bei der Angestelltenversicherung der Ausbau erst in Angriff genommen und mit der Rentenzahlung kaum ein Anfang gemacht ist, also eine erhebliche Zunahme der Arbeit und damit der Kosten für die Mehrzahl der Beteiligten notwendig kommen muß.

3. Die Organisation der Angestelltenversicherung auf Grundlage eines einzigen als Monopol-Versicherungsinstituts für das ganze Reich ausgestalteten Versicherungsträgers und einer einzigen Behörde auch in der unteren und mittleren Instanz hatte einen Schematismus und Bürokratismus zur Folge, der die erforderlichen persönlichen Beziehungen zwischen den einzelnen Versicherten und den mit der Durchführung der Versicherung befaßten Stellen völlig löste, die persönliche Wahrnehmung der Rechte der Versicherten, soweit sie nicht in Berlin oder dessen Umgebung wohnten, schlechthin unmöglich machte und ihnen daher die schon an sich wenig willkommene neue Versicherung noch mehr verleidete. Das dadurch erforderlich werdende unendliche Schreibwerk bedeutete eine ungeheuere Belastung für alle Beteiligten und hinderte die rechtzeitige und rasche Abwicklung der Geschäfte, die sich in solchem Maße aufstauten, daß die Klagen in der Öffentlichkeit hierüber niemals verstummen wollten.

II. Gegen die hiernach vielfach empfohlene Verschmelzung **) in der Organisation wurde vorwiegend geltend gemacht, daß die Kontenführung für die Angestelltenversicherung nicht entbehrt werden könne und das Markensystem schon wegen der Gefahr der Fälschung von Beitragsmarken nicht annehmbar erscheine. Wenn jetzt ohnehin in dem dem Reichstage vorliegenden Gesetzentwurf (Drucksache Nr. 2153) die früher als notwendig angesehene Kontenführung der hohen Kosten wegen aufgegeben und die „in der Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung in langjähriger Durchführung bewährte" Beitragseinziehung durch Marken, die früher als unannehmbar bezeichnet wurde, ihrer Einfachheit und Zweckmäßigkeit wegen zur Einführung gelangen soll, so ist damit der Zeitpunkt gegeben, durch einen weiteren Schritt der Vereinfachung Arbeiten, Weiterungen und Kosten zu ersparen.

III. Der vorliegende Entwurf bedeutet ein Kompromiß zwischen den verschiedenen Bestrebungen. Er will zwar die besondere Versicherung der Angestellten im vollen Umfange aufrechterhalten und damit der Eigenart der Stellung und Berufstätigkeit dieser Arbeitnehmergruppe Rechnung tragen, die organisatorische Sondergestaltung dagegen beseitigen, indem die Durchführung der Angestelltenversicherung den Versicherungsanstalten übertragen wird und der für die Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung eingerichtete Instanzenzug der Angestelltenversicherung dienstbar gemacht wird. Die Angestellten behalten hiernach die bisherige aus der besonderen Angestelltenversicherung sich ergebende Rechtstellung in vollem Umfang. Das gilt insbesondere für die Leistungen, die ihnen in alter Höhe verbleiben, und für das besondere Heilverfahren, das der Eigenart ihrer Stellung Rechnung trägt. Die Zusammenlegung beschränkt sich ausschließlich auf die besondere Organisation der Angestelltenversicherung und sucht die obengeschilderten Nachteile, die sich aus der Sonder-Organisation unzweifelhaft ergeben haben, im Wege einer Vereinfachung, Verbilligung und Dezentralisierung zu beseitigen. Dazu tritt ferner eine Erweiterung der bisher gar zu kümmerlich ausgestalteten Selbstverwaltung der Angestellten nach dem Vorbilde der Arbeiterversicherung.

Der Entwurf sucht dies im einzelnen in folgender Weise zu verwirklichen:

Die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte wird zwar aufgelöst, und an ihre Stelle treten die Versicherungsanstalten auch als Träger der Angestelltenversicherung. Dort werden aber die Angelegenheiten der Angestelltenversicherung völlig gesondert von denen der Invalidenversicherung ausschließlich von den Vertretern der Angestelltenversicherung durchgeführt und das von der Angestelltenversiche-

*) Zu den als Verwaltungskosten verbuchten 10,9 und 56,1 Mill. M. sind für 1919 weitere 12,9 Mill. M. Teuerungszulagen an Beamte und Rücklagen für Ruhegehälter und Hinterbliebenenversorgung der Beamten und für 1920 2,8 Mill M. Rücklagen für denselben Zweck zu rechnen, die in den veröffentlichten Rechnungsabschlüssen, wohl um den ungünstigen Eindruck abzuschwächen, anderweit verbucht sind.

**) Vgl. hierüber insbesondere die ohne Namen im Verlag von Siegismund, Berlin 1917, erschienene Schrift „Soll die Organisation der Angestelltenversicherung nach dem Gesetz vom 20. Dezember 1911 beibehalten werden?", sowie die Aufsätze in der Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft von Manes 1916 S. 448, Brunn 1917 S. 61, Zacher 1917 S. 355 und Kastel 1917 S. 538, sowie in der Arbeiterversorgung von Düttmann u. a. m. 1917 S. 809 ff., 1918 S. 101 ff., 1919 S. 101 ff.

Digitized by Google

rung gesammelte Vermögen lediglich deren Zwecken dienstbar gemacht.

Ferner werden zwar die besonderen Behörden der Angestelltenversicherung (Rentenausschuß, Schiedsgericht und Oberschiedsgericht) beseitigt; an ihre Stelle treten die bewährten Behörden der Arbeiterversicherung (Versicherungsamt, Oberversicherungsamt und Reichsversicherungsamt), wobei den lokalen Bedürfnissen in besonderer Weise Rechnung getragen wird. Auch dort werden indessen die Angelegenheiten der Angestelltenversicherung vor Spruchkollegien verhandelt, deren Beisitzer dem Kreise der Angestelltenversicherung entnommen werden. Das wichtige Institut der Vertrauensmänner wird unverändert aufrechterhalten.

So bleibt die Rechtstellung der Angestellten, wie sie sich aus ihrer bisherigen Sonderversicherung ergeben hat, nach dem Vorschlage des Entwurfs auch künftig völlig unberührt. Die bisherige behördliche Überorganisation dagegen, die wir uns heute weniger als je erlauben können, wird in dem Entwurf auf das gebotene Maß zurückgeführt. Bei der hier vorgeschlagenen Form der Zusammenlegung der Invaliden- und Angestelltenversicherung werden daher die materiellen Rechte der Angestellten voll erhalten, ja sie erfahren sogar infolge der Verringerung der Verwaltungskosten gemäß § 175 AVG. eine Erhöhung. Aber auch ihre formellen Rechte bei der Verwaltung und Durchführung ihrer Versicherung erleiden keine Schmälerung, sondern werden durch den Ausbau der Selbstverwaltung nicht unwesentlich vermehrt.

Die Versicherungspflicht des kaufmännischen Personals.

Hierüber erhalten wir aus dem Beamtenkreis einer Landesversicherungsanstalt folgende Bemerkungen: Über die Versicherungspflicht der in kaufmännischen Betrieben beschäftigten Personen herrscht noch manche Unklarheit. Handlungsgehilfen mit einem Jahresverdienst von mehr als 2000 ℳ, also m. a. W. jetzt wohl alle Handlungsgehilfen, sind nicht mehr invalidenversicherungspflichtig, sondern sie gehören bei einem Diensteinkommen bis 30 000 ℳ nur der Angestelltenversicherung an. Nun sind indessen keineswegs alle in einem kaufmännischen Betriebe beschäftigten Personen Handlungsgehilfen, sondern nur solche, die wirklich kaufmännische Dienste leisten. Kaufmännisch sind aber nach einer grundsätzlichen Entscheidung des Oberschiedsgerichts für Angestellte nur solche Dienste, die nach der Verkehrssitte als solche gelten, auch nur auf Grund besonderer kaufmännischer Kenntnisse und Fertigkeiten mit Erfolg geleistet werden können und das kaufmännische Gepräge erkennen lassen. Es scheiden daher einmal aus die Arbeiter der Handelsbetriebe und die diesen gleichzuachtenden nur mechanisch tätigen Personen (Packer, Kutscher, Wächter, Portiers, Hausdiener, Boten, Reinmachefrauen). Keine Handlungsgehilfen sind ferner die in einem Handlungsgeschäft zwar nicht rein mechanische, aber doch nach allgemeiner Verkehrsanschauung auch nicht kaufmännische Dienste verrichtenden Personen beiderlei Geschlechts. Dahin gehören Schreiber, Stenotypisten, Telephonisten, Briefordner und Kartothekführer, Einkassierer, ferner Lagergehilfen (Lageristen), sofern sie hauptsächlich nur die eingehenden Waren entgegenzunehmen und auszuzeichnen sowie Ordnung im Lager zu halten, nicht aber oder nur nebenher bei der Zusammenstellung der Kommissionen mitzuwirken haben. Dahin gehören weiterhin Einpackerinnen, Kontroleurinnen, Etiquettierer und Personalkontrolleure in Warenhäusern, endlich Zuschneider und Direktricen in Konfektionsgeschäften, sofern das Maßnehmen, Zuschneiden und Anprobieren ihre Haupttätigkeit bildet, sowie andere vorwiegend gewerblich bei der Bearbeitung und Verarbeitung der Waren tätige Angestellte.

Als Handlungsgehilfen gelten dagegen unzweifelhaft Kassierer, Buchhalter, Korrespondenten, Fakturisten, Verkäufer und Reisende, wenn sie in der Hauptsache als solche beschäftigt sind. Ist dies nicht der Fall, ist zum Beispiel eine als „Kontoristin" oder „Korrespondentin" geführte Dame nur teilweise mit der selbständigen Abfassung einfacherer Schreiben, in der Hauptsache aber als Maschinenschreiberin nach Diktat oder Stenogramm, also als Stenotypistin tätig, so ist ihre Handlungsgehilfeneigenschaft zu verneinen.

Die hiernach nicht zu den Handlungsgehilfen gehörenden Angestellten eines kaufmännischen Betriebes unterliegen regelmäßig ohne Rücksicht auf die Höhe des Diensteinkommens als „Gehilfen" der Invaliden- dagegen nicht der Angestellten-Versicherungspflicht. Nur wenn sie nach der Art ihrer Tätigkeit entweder a als Betriebsbeamte, Werkmeister oder Angestellte in einer ähnlich gehobenen oder höheren Stellung oder b als Büroangestellte, die nicht lediglich mechanische Arbeiten zu verrichten haben, gelten müssen, ist die Rechtslage eine andere. Dann greift im Fall a ausschließlich Angestelltenversicherungspflicht und nicht Invalidenversicherungspflicht, im Falle b auch bei einem Arbeitsverdienst von mehr als 2000 ℳ sowohl die Angestellten- als auch die Invalidenversicherungspflicht Platz.

Bezüglich der Verkäuferinnen in Lebensmittel- und ähnlichen kleineren Geschäften, die neben ihrer meist überaus einfachen und kaufmännische Kenntnisse nicht erfordernden Verkaufstätigkeit mehr oder weniger auch mit gewerblichen Arbeiten (Reinigung des Ladens und Schaufensters usw.) befaßt sind — Ladenmädchen — hat sich eine feste Praxis über ihre Handlungsgehilfeneigenschaft noch nicht gebildet. Bei Berücksichtigung der allgemeinen Verkehrsauffassung wird diese Eigenschaft in Zweifel zu verneinen sein, da die oben geschilderten Merkmale für den Handlungsgehilfen-Begriff nicht zutreffen.

Und nun noch ein Wort über die Handlungslehrlinge. Diese unterliegen niemals der Angestelltenversicherungspflicht. Invalidenversicherungspflichtig sind sie aber nur, falls sie Lohn erhalten, und dieser Lohn den Jahresbetrag von 2000 ℳ nicht überschreitet. Als Lohn gilt auch eine gewohnheitsmäßig gewährte Weihnachtsgratifikation. Bei Überschreiten der Lohngrenze von 2000 ℳ sind die Handlungslehrlinge also nach dem jetzigen Stande der Gesetzgebung überhaupt versicherungsfrei; um so mehr empfiehlt sich für sie aber, eine einmal begonnene Versicherung freiwillig fortzusetzen, damit ihre Anwartschaft aus derselben nicht verfällt. Z.

Rechtsmittel in Militärversorgungssachen.

Täglich gehen von den Versorgungsämtern und Hauptversorgungsämtern Bescheide aus, die für die Zukunft der Empfänger von ganz besonderer Bedeutung sind. Viele von diesen Empfängern sind aber weder in der Lage, sich ein Urteil darüber zu bilden, ob sie sich mit dem „Bescheid" zufrieden geben können, noch wissen sie, was sie zu tun haben, wenn der Bescheid ihren berechtigten Wünschen nicht ent-

Digitized by Google

spricht. Der Kyffhäuser-Bund der deutschen Landes-Kriegerverbände empfiehlt deshalb dringend, in allen Zweifelsfällen den Bescheid durch einen Sachverständigen prüfen zu lassen; zu einer solchen Prüfung werden sich die Vertrauensmänner der Kriegervereine bezw. ihrer Kriegsbeschädigten- und Hinterbliebenengruppen gern bereit erklären. Glaubt der von dem Bescheid Betroffene, mit diesem nicht einverstanden sein zu können, so muß er von dem auf dem Bescheide ausführlich behandelten Rechte der Einlegung einer Berufung Gebrauch machen, und zwar so, daß die Berufung vor Ablauf eines Monats nach Empfang des Bescheides beim Militär-Versorgungsgericht eintrifft. Für die Brufung genügt zunächst die Erklärung, daß der (genau zu bezeichnende) Bescheid von dem Empfänger angefochten wird; die Begründung der Berufung muß aber alsbald in doppelter Ausfertigung nachgereicht werden.

In den Urteilen bei Militär-Versorgungssachen wird auf das gegen diese zustehende Rechtsmittel des „Rekurses" nicht aufmerksam gemacht; der Rekurs kann aber trotzdem eingelegt werden, wenn das Urteil nicht befriedigt. Er ist — ebenfalls innerhalb eines Monats — an das Reichsversorgungsgericht, Berlin, Königin-Augusta-Straße, einzureichen. Auch hier kann die Begründung nachgereicht werden. Die Zentralauskunftsstelle des Kyffhäuser-Bundes, Berlin W 50, Geisbergstr. 2, ist gern bereit, in Zweifelsfällen zu helfen; die Mitglieder des Bundes (also eines örtlichen Kriegervereins) können auf Wunsch unentgeltlich vor den Versorgungsgerichten vertreten werden.

Beantwortung von Anfragen.

Rechtsauskünfte aus unserem Arbeitsgebiet erteilen wir den Beziehern unserer Zeitschrift bereitwillig, ohne indessen eine Verpflichtung oder eine zivilrechtliche Haftung zu übernehmen. Für schriftliche Auskunft wird Anspruch auf angemessene Vergütung vorbehalten, und zwar auch dann, wenn nur Bescheid durch die Zeitschrift erbeten, die Sache aber zur Veröffentlichung an dieser Stelle nach unserem Ermessen nicht geeignet ist.

Angestellte in gehobener Stellung.

1. **Nach V.** Antwort: Vorweg sei darauf hingewiesen, daß es in der Mitteilung im Heft 31 S. 617 in der 5. Zeile selbstverständlich heißen muß: 2000 M. „nicht" übersteigt. — Diese im § 1226 Abs. 2 RVO. vorgesehene Begrenzung der Versicherungspflicht durch einen Jahresarbeitsverdienst von nicht über 2000 M. für die dort bezeichneten Gruppen von Invalidenversicherungspflichtigen ist durch die neuere Gesetzgebung, die auf den anderen Versicherungsgebieten die Versicherungsgrenzen wesentlich erhöht hat, nicht geändert worden. „Bei welcher Arbeitsleistung bezw. bei welchem Posten die gehobene Stellung eines Angestellten beginnt," läßt sich im einzelnen, zumal im Rahmen einer Auskunft, nicht sagen. Es kann nur darauf hingewiesen werden, daß das Gesetz a. a. O. unter Ziff. 2 des Abs. 1 von Betriebsbeamten, Werkmeistern und anderen Angestellten in ähnlich gehobener Stellung spricht. Es handelt sich also um Personen, deren Stellung gegenüber den Arbeitern, Gehilfen usw. (Ziff. 1) eine gehobene, anderseits aber doch derjenigen der Betriebsbeamten und Werkmeister ähnlich ist, d. h. deren Beschäftigung sich im Rahmen der mehr materiellen Betätigung hält und nicht in das höhere, mehr geistige Arbeitsgebiet übergreift (Komm. Ber. IV S. 18). Personen, die sich durch die mehr geistige, wissenschaftliche oder künstlerische Tätigkeit und ihre Stellung über Betriebsbeamte und Werkmeister erheben, sind überhaupt nicht versicherungspflichtig. Zu vgl. Ziff. 41 bis 43 der Anleitung des RVA. v. 26. 4. 12 (Amtl. Nachr. S. 720 ff.), wo Sie zahlreiche Beispiele für die Begriffe „Betriebsbeamte, Werkmeister und andere Angestellte in ähnlich gehobener Stellung" finden.

Versicherungspflicht der Ehefrau eines Schuldieners.

2. **Nach Ratingen.** Frage: Ein von der Stadtverwaltung bei einer Volksschule beschäftigter Schuldiener gehört der Kasse als versicherungspflichtiges Mitglied an. Da eine alleinige Bewältigung der ihm obliegenden Arbeiten nicht möglich ist, hat er seine Ehefrau hierzu noch herangezogen, welche ein besonderes Entgelt nicht bezieht. Sie ist aber von der Stadtverwaltung zur Krankenkasse angemeldet worden. Ist sie versicherungspflichtig?

Antwort: Ja! Es liegt ein mittelbares Beschäftigungsverhältnis zwischen der Stadtverwaltung als Arbeitgeberin und der Frau des Schuldieners vor, da nach den Umständen des Falles offenbar auf die Mithilfe der Frau gerechnet wird und der Lohn für ihre Hilfsdienste in dem mit ihrem Ehemanne bedungenen Lohn mitenthalten ist (Anleitung des RVA. v. 26. 4. 12 Ziff. 14, insbesondere Entsch. 1043, Amtl. Nachr. 1903 S. 369). Wieviel von dem Lohn auf die Frau entfällt, ist nach dem Maß ihrer Arbeit im Verhältnis zu der des Mannes abzuschätzen.

Ermessen der Kasse bei Gewährung des Zuschusses zu größeren Heilmitteln (§ 193 Abs. 1 RVO).

3. **Nach Berlin,** R. D. Antwort: Auf den in der Satzung vorgesehenen Zuschuß zu größeren Heilmitteln „bis" zu einem bestimmten Höchstbetrage nach § 193 Abs. 1 RVO. hat der Versicherte nach der Entsch. des RVA. 1952 (Amtl. Nachr. 1915 S. 348, ArbVers. 1915 S. 422) überhaupt keinen Rechtsanspruch, sondern die Kasse hat über die Gewährung nach freiem pflichtmäßigen Ermessen zu befinden, und gegen ihre Entschließung steht dem Versicherten die Anrufung des Versicherungsamts zur Entscheidung im Spruchverfahren nicht zu. Wenn hiernach die Kasse den Zuschuß versagen darf, so kann es keinem Zweifel unterliegen, daß sie auch nicht genötigt ist, im Falle der Bewilligung bis an die Grenze des Höchstbetrages zu gehen, sofern die tatsächlichen Kosten den Höchstbetrag erreichen oder übersteigen; sie hat vielmehr auch in der Bemessung freies pflichtmäßiges Ermessen im Einzelfalle walten zu lassen und ist daher namentlich auch befugt, den Zuschuß deshalb geringer als in anderen Fällen zu bemessen, weil der Kranke zu den Weiterversicherten gehört, die mit Zustimmung des Vorstandes nach § 313 Abs. 1 Satz 2 RVO. in eine niedere Stufe übergetreten sind und folglich nur sehr geringe Beiträge entrichten.

Digitized by Google

Familienwochenhilfe in Grenzbezirken.

4. **Nach Habelschwerdt.** Antwort: Es handelt sich um eine Satzungsbestimmung auf Grund des § 205a Abs. 6 RVO. (neuester Fassung), entsprechend unserer Auskunft im Heft 15 des Jahrg. 1921 S. 300 Ziff. 12. Es besteht kein Bedenken, diese Bestimmung dahin zu fassen: „Die Voraussetzung des § 205a Abs. 1 Ziff. 1 der RVO. (§ 29 b Abs. 1 Ziff. 1 der Satzung) gilt nicht für Wöchnerinnen, deren Ehemänner im Inlande ihren Beschäftigungsort und innerhalb eines Gürtels von 3 km jenseits der Grenze ihren Wohnsitz haben." — Daß in diesem Falle die Leistung der Wochenhilfe nicht unmittelbar auf dem Gesetze, sondern erst auf der durch das Gesetz zugelassenen Satzungsbestimmung beruht, ändert nichts daran, daß es sich um „Leistungen der Kasse nach § 205a" handelt. Auch in diesem Falle werden daher nach § 205 d die Kosten zur Hälfte vom Reich erstattet.

Krankengeld neben Bezug von Ruhegeld aus der Angestelltenversicherung.

5. **Nach R.** Antwort: Der Bezug von Ruhegeld aus der Angestelltenversicherung setzt nach § 25 Abs. 1 Satz 1 AngestVersGes. allerdings Berufsunfähigkeit voraus, d. h. Unfähigkeit zu dem bisher tatsächlich ausgeübten Berufe (zu vgl. Entsch. des ObSchGer. in ArbVers. 1919 S. 432). Diese Unfähigkeit aber und folglich der Fortbezug des Ruhegeldes kann fortbestehen, auch wenn der Versicherte zu einer von dem früheren Berufe verschiedenen Erwerbstätigkeit übergegangen und dadurch krankenversicherungspflichtig oder -berechtigt geworden ist. Er hat daher, wenn er infolge von Krankheit zur Ausübung seiner neuen Erwerbstätigkeit unfähig ist, nach § 182 RVO. Anspruch auf Krankengeld. Daß ein solcher Anspruch neben dem Bezug von Ruhegeld aus der Angestelltenversicherung ruht, schreibt das Gesetz nicht vor.

a) **Hausgeld, wenn mehrere Angehörige vorhanden sind (§ 186 RVO.).** b) **Wiedereintritt eines Weiterversicherten in eine höhere Lohnstufe (§ 313 RVO.).**

6. **Nach Höchst a. M.** Antwort: a) Der Anspruch auf Hausgeld setzt nach Ihrer dem § 186 RVO. entsprechenden Satzung voraus, daß der Versicherte bisher von seinem Arbeitsverdienst Angehörige mindestens „überwiegend" unterhalten, d. h. daß er mehr als die Hälfte der Unterhaltskosten getragen hat (zu vgl. Entsch. des RVA. in ArbVers. 1915 S. 375). Ob dies im Einzelfalle zutrifft, ist in der Regel nach dem Verhältnisse zu entscheiden, in dem das gesamte von mehreren Familienmitgliedern erzielte und zum gemeinsamen Unterhalt bestimmte Einkommen durch den Arbeitsverdienst der einzelnen aufgebracht wurde (zu vgl. Entsch. des bayer. LVA. v. 23. 10. 16 in Entsch. und Mitt. des RVA. Bd. 9 S. 74). Da die Angehörigen zusammen im vorliegenden Falle mehr an Wochenlohn aufbringen als der Versicherte, ist das Hausgeld zu versagen.

b) Der Weiterversicherte, der gemäß § 313 Abs. 1 Satz 2 RVO. mit Zustimmung des Kassenvorstandes in eine niedere Lohnstufe übergetreten ist, kann mit Zustimmung des Vorstandes auch wieder in eine höhere Stufe eintreten, jedoch nicht über diejenige hinaus, der er beim Ausscheiden aus der versicherungspflichtigen Beschäftigung angehört hatte (zu vgl. ArbVers. 1920 S. 438 Ziff. 9).

Wird ein Handwerksmeister versicherungspflichtig, wenn er auch Arbeiten für einen anderen Meister ausführt?

7. **Nach D. (O. G. B.).** Frage: Der Schuhmachermeister F. erhält, da sein Verdienst als selbständiger Schuhmachermeister nicht genügt, seinen Lebensunterhalt zu bestreiten, von dem Schuhmachermeister H. Arbeiten für halbe Tage, bestehend in Schuhemachen und Schäftenähen. Die Beschäftigung wird voraussichtlich längere Zeit in Anspruch nehmen. F. erledigt diese Arbeiten in seinem Hause. Liegt Versicherungspflicht auf Grund des Hausgewerbebetriebs vor?

Antwort: Wir halten den F. weder für einen Hausgewerbetreibenden im Sinne des § 162 RVO., noch sonst für versicherungspflichtig gemäß § 165. Denn er ist ein selbständiger Gewerbtreibender, der im allgemeinen als Handwerksmeister unmittelbar für seine Kunden arbeitet und in Ausübung dieses seines selbständigen Gewerbebetriebes auch die Hilfsarbeiten für den anderen Schuhmachermeister übernommen hat, ohne sich dadurch in ein persönliches oder wirtschaftliches Abhängigkeitsverhältnis zu diesem zu begeben. Zu vgl. auch hier Heft 32 S. 638 Ziff. 5.

Gewährung von Krankenkost nach § 193 Abs. 2 RVO.

8. **Nach Limburg (Lahn).** Antwort: Die Bestimmung in § 193 Abs. 2 RVO., wonach die Satzung insbesondere auch Krankenkost zubilligen kann, ist recht unbestimmt, und es erscheint sachgemäß, daß die Satzung, wenn sie Leistungen dieser Art zubilligen will, sie näher bezeichnet und begrenzt. Eine Bestimmung, daß die Kasse auf ärztliche Verordnung Krankenbrot unentgeltlich gewährt, enthält eine hinreichend bestimmte Bezeichnung und Begrenzung. Will aber die Kasse sich nicht auf Gewährung einzelner bestimmter Nährmittel für Kranke beschränken, sondern allgemein „Krankenkost in der vom Kassenarzt als erforderlich bezeichneten Art und Menge" zubilligen, so würde es mindestens sachgemäß sein, eine Begrenzung durch Bezeichnung eines Höchstbetrages der Kosten beizufügen.

Zulassung von Zahntechnikern zur Behandlung Versicherter.

9. **Nach Landau.** Antwort: Da die Zahntechniker nicht Medizinalpersonen sind, unterstehen sie allerdings nicht der „Aufsicht" des Amtsarztes. Aber wenn es sich um die Zulassung des Zahntechnikers zur Behandlung Versicherter nach § 123 RVO. handelt und die oberste Verwaltungsbehörde bestimmt hat, daß vor der Zulassung der Amtsarzt zu hören ist, so kommt dieser nicht als Aufsichtsperson, sondern als Sachverständiger in Betracht, der sich — entsprechend den Bestimmungen der obersten Verwaltungsbehörde — darüber gutachtlich zu äußern hat, ob „keine Tatsachen vorliegen, die die Unzuverlässigkeit in bezug auf das Zahntechnikergewerbe dartun". Ein Gutachten hierüber wird der Sachverständige der Regel nach pflichtmäßig nur erstatten können, wenn er auch die Betriebsräume und Instrumente des Technikers besichtigt hat. Wollte dieser ihm die Besichtigung nicht gestatten, so würde er sich gefallen lassen müssen, daß aus diesem Verhalten der ungünstigste Schluß hinsichtlich seiner Zuverlässigkeit gezogen wird.

Digitized by Google

Sofortige Entlassung eines Kassenarztes wegen vertragswidrigen Verlangens von Sondervergütungen.

10. **Nach Schwaan.** Antwort: Der Zahnarzt hat den Vertrag verletzt, indem er einer ausdrücklichen Vereinbarung zuwider von den Versicherten sich Sondervergütungen zahlen ließ und sie dadurch schädigte. Hiernach ist auch die Befürchtung gerechtfertigt, daß er diejenigen Versicherten, die ihm eine Sondervergütung nicht bewilligen, minder sorgfältig behandelt wie jene anderen. In seinem Verhalten, das gegen die guten Sitten verstößt, ist ein schwerer Vertrauensmißbrauch gegen die Kasse zu erblicken. Weder die Kasse noch die Versicherten können ihm fernerhin das erforderliche Zutrauen entgegenbringen. Unter diesen Umständen halten wir die Kasse d. h. den Vorstand für berechtigt, das Vertragsverhältnis fristlos zu kündigen auf Grund des § 626 BGB. Wir verweisen auch auf unsere Auskunft in der ArbVers. 1921 S. 578 Ziff. 2. Der Geschäftsführer aber war nicht befugt, den Vertrag einstweilen zu „sperren", bis der Vorstand seine Entschließung trifft.

Umfang der Leistungen bei Familienhilfe. — „Kleinere" Heilmittel. — Gebühr für Brillenbestimmung. — Kein Übergang des Anspruchs gegen den Schwängerer auf die Kasse bei Fehlgeburt.

11. **Nach Corbach.** Antwort: a) Wenn Ihre Satzung als Familienhilfe (§ 205b Ziff. 1 RVO.) „Arztkosten und Medizin" zubilligt, so ist das freilich unklar; aber gerade deshalb, weil es an jeder Möglichkeit einer sachgemäßen Abgrenzung namentlich des Ausdrucks „Medizin" fehlt, neigen wir zu der Annahme, daß kaum etwas anderes gemeint sein dürfte als „Krankenpflege" in dem regelmäßigen Umfange der Leistung nach § 182 Ziff. 2 RVO. Ob und inwiefern Bestrahlungen mit Höhensonne und andere Arten der Lichtbehandlung als ärztliche Behandlung oder als Heilmittel anzusehen sind, darüber verweisen wir auf ArbVers. 1920 S. 638 Ziff. 8.

b) Das Gesetz bestimmt keinen Höchstbetrag für kleinere Heilmittel; nur die Satzung der Kasse kann einen solchen mit Zustimmung des Oberversicherungsamts festsetzen (§ 193 Abs. 1 RVO.). Ist dies nicht geschehen, so sind, trotz der erheblich gestiegenen Kosten, als „kleinere Heilmittel" außer den im § 182 Abs. 1 Ziff. 1 bezeichneten Brillen und Bruchbändern auch andere zu gewähren, die den bezeichneten im Preise ungefähr gleichkommen. — Solche Heilmittel, die ihrer Natur nach nicht zum Verbrauch, sondern zum Gebrauch verwendet werden, kann die Kasse, wenn der Versicherte ihrer nicht mehr bedarf, von ihm zurückfordern.

c) Wenn die Satzung über die Dauer der Familienhilfe nichts bestimmt, so nehmen wir an, daß die gleiche Dauer gelten soll, wie für die Leistung an den Versicherten selbst (ArbVers. 1910 S. 379 Ziff. 6). Daher halten wir, wenn die Satzung eine dem § 188 RVO. entsprechende Satzungsbestimmung enthält, diese auch für entsprechend anwendbar dahin, daß dem kranken Familienmitgliede in einem neuen Versicherungsfalle unter den Voraussetzungen jener Vorschrift die Krankenpflege nur für dreizehn Wochen gewährt wird.

d) Für die Ärzte der Poliklinik einer Universität gilt, was das Verhältnis zur Kasse betrifft, nach dem Gesetze nichts Besonderes. Bestimmt ein solcher Arzt die für den Versicherten erforderliche Brille, so kann er die Gebühr für die Untersuchung der Augen fordern (vgl. z. B. preuß. Taxe v. 1. 9. 20 Ziff. 93).

e) Nach § 25 des Wochenhilfegesetzes (jetziger Fassung) gilt § 1542 Abs. 1 RVO. nicht bei Ansprüchen, die aus Schwangerschaft und Niederkunft erwachsen sind. Aus Schwangerschaft erwachsen ist aber auch der Anspruch der Wöchnerin gegen ihren Schwängerer auf Grund des § 1715 BGB. im Fall einer Fehlgeburt und damit verbundener Krankheit. Daß man den Übergang solcher Ansprüche aus § 1715 BGB. auf die Kasse aus praktischen und sittlichen Gründen schlechthin ausschließen wollte, ergibt sich zweifelsfrei aus der Entstehungsgeschichte des § 25 des Wochenhilfegesetzes (mitgeteilt bei Hoffmann, Wochenhilfegesetz. Anm. zu § 25). Die Kasse kann daher auch wegen der Kosten der Krankenpflege und wegen des Krankengeldes keinen Ersatz vom Schwängerer fordern.

Berechnung des Grundlohnes und der Beiträge für Dienstboten.

12. **Nach Heppenheim.** Antwort: Zur Feststellung der Lohnstufe ist der Gesamtentgelt durch die Zahl der Arbeitstage zu teilen; es sind hierbei auch auch die Sonntage zu berücksichtigen, wenn regelmäßig an diesen gearbeitet wird, wie von den Dienstboten. Bei monatlichem Lohn ist somit durch 30 zu teilen. (Vergl. Hahn, Handb. der Kr.-Vers. Anm. 3 Abs. 2 zu § 180.) In solchen Fällen sind aber die Beiträge auch für den Sonntag, und nicht bloß für 6 Werktage zu erheben. Das von der dortigen Kasse geübte Verfahren widerspricht also dem Gesetz. Sofern der Lohn für das ganze Jahr festgesetzt ist, ist er nicht durch 300, sondern durch 360 zu teilen (zu vgl. a. a. O. und Entsch. des RVA. in ArbVers. 1917 S. 440).

Verlust der Wählbarkeit als Vertrauensmann der Arbeitgeber bei der Angestelltenversicherung?

13. **Nach Darmstadt.** Antwort: Wählbar als Vertrauensmann der Arbeitgeber ist nach § 151 AngestVersGes. jeder Arbeitgeber, der im Bezirk der unteren Verwaltungsbehörde wohnt oder seinen Betriebssitz hat. Hat er mehrere selbständige Betriebe, so kann er am Sitze jedes dieser Betriebe gewählt werden (zu vgl. Mentzel-Schulz-Sitzler, Anm. 5 zu § 151). Für juristische Personen tritt hinsichtlich der Wählbarkeit an Stelle des Arbeitgebers der gesetzliche Vertreter oder, sofern Reich oder Staat als Arbeitgeber in Betracht kommen, die von der zuständigen Behörde zur Ausübung des Wahlrechts berufene Person (§ 5 der Wahlordnung v. 3. 7. 12, RGBl. S. 419). Diese Person kann also, ohne Rücksicht auf ihren Wohnort, in jedem Bezirke gewählt werden, wo der von ihr vertretene Staat einen Betriebssitz hat; sie verliert daher die Wählbarkeit in diesem Bezirke nicht durch Verziehen in einen anderen Bezirk, wenn ihr nicht aus diesem Grunde die Vertretung des Staates für den Bezirk des bisherigen Wohnorts entzogen wird. Deshalb ist die Amtsenthebung (§ 154 Angest.-VersGes) im vorliegenden Falle nicht gerechtfertigt.

Digitized by Google

Bei der unterzeichneten Kasse — etwa 13 000 Mitglieder und Einzugsstelle der Invalidenversicherung — ist die Stelle eines

★ Assistenten ★

möglichst sofort zu besetzen.

Bewerber, nicht unter 23 Jahren alt, müssen mit den Bestimmungen der RVO. und den sonstigen für Krankenkassen in Frage kommenden Gesetzen vertraut und an flottes, zuverlässiges Arbeiten gewöhnt sein. In der Hauptsache wird dem Stelleninhaber die Bearbeitung des Rechnungswesens und Erledigung der Abrechnungen mit den Versicherungsträgern obliegen. Anstellung erfolgt nach der Dienstordnung, die eine Bezahlung nach Gruppe V des Reichsbesoldungsplanes vorsieht. Teuerungszulagen werden nach den Sätzen der Ortsklasse A gewährt. Bei zufriedenstellenden Leistungen und nach der Ablegung einer Fachprüfung ist demnächst Aussicht auf Beförderung zum Sekretär vorhanden.

Bewerbungsgesuche mit Lebenslauf, beglaubigten Zeugnisabschriften sind zu richten an die [2104]

Allgemeine Ortskrankenkasse Velbert (Rhld).

Wir suchen zum 1. Januar 1922 einen

★ Betriebskrankenkassen-Beamten ★

Alter nicht über 26 Jahre. Erwünscht sind Kenntnisse der Wochenfürsorgegesetze und der RVO.

Stenographie- u. schreibmaschinenkundige Bewerber erhalten den Vorzug. Besoldung regelt sich nach dem am Orte gültigen Industrietarif.

Angebote an die Kanzlei der „Arbeiter-Versorgung" erbeten unter St. R. Nr. 7916. [2096]

Wir suchen zum baldigen Eintritt tüchtigen

⏏ Expedienten ⏏

nicht unter 23 Jahren für die Meldeabteilung.

Bewerber, die mit den Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung, insbesondere der Invalidenversicherung, bestens vertraut sind, wollen umgehend Gesuche mit Lebenslauf und Zeugnisabschriften über die bisherige Tätigkeit einsenden. [2091]

Besoldung nach Tarif. Gruppe III, Ortsklasse II.

Allgem. Ortskrankenkasse Niedersedlitz bei Dresden.

Wir suchen zum 1. Januar 1922 einen

Verwaltungs-Assistenten

Befähigte Bewerber, die einer Abteilung vorzustehen vermögen, wollen ihre Bewerbung mit Lebenslauf und Zeugnisabschriften sofort einreichen. Gehalt nach Gruppe V RVO. (Ortskl. C). [2098]

Landkrankenkasse f. d. Kr. Oels.

BKK in Berlin

2000 Mitglieder, sucht für bald

tüchtigen Gehilfen

aus kleiner Kasse, der Maschinenschreiber und Stenograph ist. Bezahlung nach Berliner Tarifsätzen.

Bewerbungen sind unter B. B. Nr. 7578 an die Kanzlei der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64, zu richten. [2072]

Wir suchen zum baldigen Eintritt einen fleißigen

jüngeren Hilfsarbeiter,

der im Krankenkassendienst längere Zeit gearbeitet haben muß. Leute, die Stenographie und Schreibmaschine beherrschen, erhalten den Vorzug. Gehalt nach dem Tarif des Hauptverbandes mit dem Zentralverband. Tüchtige Bewerber wollen Lebenslauf und Zeugnisse und, wenn möglich, auch Lichtbild einsenden an die [2013]

Allgemeine Ortskrankenkasse in Freiberg in Sachs.

Zum baldigen Eintritt suchen wir

✱ zwei Kassengehilfen ✱

im Alter von 18–21 Jahren. Gefordert werden gründliche Kenntnisse der Bestimmungen der Sozialversicherung und selbständiges Arbeiten.

Besoldung erfolgt nach der RVO.

Gesuche mit Zeugnisabschriften und Lebenslauf möglichst auch mit Bild sind zu richten an [2105]

Landkrankenkasse des Landkreises Herford in Herford in Westfalen.

Wir suchen

1 Sekretär und 1 Verwaltungsassistenten.

Der Sekretär muß alle für den Krankenkassen-Verwaltungsdienst einschlägigen Rechtsgebiete beherrschen, in allen Sparten dieses Dienstes vollständig bewandert, an selbständiges Arbeiten auch in schwierigeren Angelegenheiten gewöhnt und in der Lage sein, den leitenden Beamten der Kasse zu vertreten. Er muß außerdem die Prüfung für den mittleren Arbeiterversicherungsdienst oder eine gleichartige Prüfung bestanden haben.

Der Assistent muß im Verwaltungsdienst einer Krankenkasse gut durchgebildet sein, den formalen Kassendienst vollständig beherrschen und über eine Gesetzeskenntnis verfügen, die ihn insbesondere zur selbständigen Erledigung der laufenden Geschäfte in der Melde- und Beitrags-, sowie in der Unterstützungsabteilung befähigt.

Der Sekretär wird nach der Gruppe VI, der Assistent nach der Gruppe V der Reichs-Besoldungsordnung besoldet. Weißenburg ist in der Ortsklasse D.

Der Eintritt hat am 1. Januar 1922 zu erfolgen. Gesuche mit genauer Beschreibung des Lebenslaufes sind — belegt mit Dienst- und Prüfungszeugnissen — sofort einzureichen.

Weißenburg i. B., den 30. November 1921.

Verband der allgemeinen Ortskrankenkassen Weißenburg i. B. — Stadt und Land

Der Vorsitzende: Raab.

Anzeigen sind in der „Arbeiter-Versorgung" stets wirksam und befriedigen Auftraggeber wie Suchende. Die Schlußfolgerung liegt auf der Hand.

Herausgeber und verantwortlicher Schriftleiter: Hofrat Alfred Langewort in Berlin-Lichterfelde, Potsdamer Str. 12.
Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.
Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b H., in Berlin SW 68, Kochstr. 68—71.

Digitized by Google

Heft 1311 der ganzen Folge

Jährlich erscheinen 36 Hefte, die am 1., 11. und 21. jedes Monats ausgegeben werden und mit Titel und Register einen abgeschlossenen Band bilden. Bezug erfolgt durch alle deutschen Postanstalten und den Verlag (nicht durch den Buchhandel) für halbjährlich 36 Mark frei ins Haus. Einzelhefte 3 Mark. Anzeigen: die vierspaltige Kleinzeile oder deren Raum 1 Mark, dazu Teuerungsaufschläge. Lieferungen ins Ausland nach dem jeweiligen Geldstande.

Die Arbeiter-Versorgung

„Dem Schutz und der Würde der Arbeit."

Älteste Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Prof. d. Rechte a. d. Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Prof. Dr. Rosin; Oberverwalt.-Gerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Dir. im Statistisch. Reichsamt, u. a. m.

Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde West, Weddigenweg 64

Postscheck-Verkehr: Nr. 21190 Amt Berlin. Fernsprecher: Nr. 609 Amt Lichterfelde

38. Jahrgang | 21. März 1921 | Heft 9

Inhalt:

Abhandlungen: Seite

Das Gesetz über eine außerordentliche Beihilfe an die Empfänger von Renten aus der Invalidenversicherung vom 26. 12. 1920. Von Kontrollinspektor F. Quatmann in Oldenburg im Freistaat 161

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung:

A. **Allgemeines:**

Zur ausschließlichen Zuständigkeit der Versicherungsbehörden für Ansprüche von Armenverbänden gegen Versicherungsträger (aus §§ 1531, 1540 RVO.) 165

Die Frist zur Anmeldung des Ersatzanspruchs (§ 1539 RVO.) ist gewahrt, wenn die Anmeldung vor Beginn der Unterstützung erfolgt ist 166

Aussetzung des Verfahrens vor dem Schlichtungsausschuß bei Kündigung von Kassen- oder Genossenschaftsangestellten 167

B. **Zur Krankenversicherung:**

Zusammentreffen von Entbindung mit Krankheit 167

Wochengeld steht weiblichen Lehrlingen auch zu, wenn sie ohne Entgelt beschäftigt werden . . 168

Stellen-Anzeigen finden in der „Arbeiter-Versorgung" stets Beachtung

Wochen- und Stillgeld für weibliche Lehrlinge ohne Entgelt 168

Verfahren bei der Genehmigung von Dienstordnungen 168

C. **Zur Unfallversicherung:**

Berufsgenossenschaftliche Zugehörigkeit von Blumenhandlungen 169

Unfall beim Antritt zur Arbeit. — Zuständigkeit zur Entscheidung über Ersatzansprüche gegen den Unternehmer aus §§ 577, 1531 RVO.; Umfang des Anspruchs 170

Bauleiter im Sinne des § 903 RVO. 173

D. **Zur Militärversorgung:**

Zum Vollzuge des Reichsversorgungsgesetzes durch die Krankenkassen 173

Sprechsaal:

Krankengeld nach dem wirklichen Arbeitsverdienst? 174

Zum Vollzuge des Reichsversorgungsgesetzes durch die Krankenkassen 175

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen:

Über die Neugestaltung des Krankenversicherungswesens in der neuen Stadtgemeinde Berlin . 175

Grenzen zwischen Kranken- und Krüppelfürsorge 176

(Fortsetzung des Inhaltsverzeichnisses auf nächster Seite.)

Digitized by Google

Beantwortung von Anfragen:

Lösung des versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses bei Streik? 177
Einwendungen gegen ein Ersuchen um Beitreibung von Beitragsrückständen 177
a) Grundlohn für freiwillig Beitretende; b) Versagung des Versorgungskrankengeldes mangels Einkommensminderung; c) Zuständigkeit der Versicherungsbehörden bei Streit über Versorgungskrankengeld 177
Familienhilfe im Auslande 177
Verabfolgung eines Heilmittels (Aspirinersatz) durch die Kasse ohne vorgängige Anordnung des Arztes 178
Behandlung eines „Pensionsfonds" für Kassenangestellte in der Vermögensnachweisung . . . 178
Zur Leistungspflicht der Krankenkasse bei Erkrankung im Auslande 178
Anspruch der Krankenkasse auf Ersatz des Hausgeldes auf Grund des Militärversorgungsgesetzes? 178
Krankheit trotz fehlender Beschwerden 179
Einfluß einer Lohnerhöhung auf Beiträge und Leistungen der Kassen 179
Rechtsnachteile für den Versicherten bei eigenmächtigem Wechsel des Kassenarztes und bei Zuwiderhandlungen gegen die Krankenordnung 179
Anspruch des Magistrats, der das Begräbnis besorgt hat, auf Sterbegeld 180
Sterbegeld als Familienhilfe ist auf Ehegatten und Kinder beschränkt 180
a) Zuständigkeit für Streit über Rückzahlung von Kassenbeiträgen; b) Versagung oder Kürzung des Krankengeldes nach § 192 RVO. 180
Werksarbeiter, die mit Überwachungsdienst betraut sind, sind nicht Angestellte in gehobener Stellung 180
Anspruch auf Familienhilfe neben dem Anspruch aus eigener Versicherung 180

Aufgabe von Ankündigungen unmittelbar in deutlicher Schrift erbeten. Annahmeschluß: * **Stellen-Anzeigen** * fünf Tage vor dem Ausgabedatum jedes Heftes. Bei Wiederholungen Preisermäßigung

● Bürohilfsarbeiter ●

Mitte dreißiger Jahre, ledig, selbständ., flotter Arbeiter, lange Jahre bei staatl. Kreis- und Forstkasse, Rechtsanwalt und Notar, Stadthauptkasse, Polizei-Verwaltung, z. Zt. bei Kreiskrankenkasse, sucht zum 1. April d. J. Stellung bei Orts-, Land- oder Betriebskrankenkasse. Gute Zeugnisse und Empfehlungen. [1841]

Gefl. Zuschriften unter **A. B. Nr. 2449** an die Kanzlei der „Arbeiter-Versorgung" erbeten.

Kassengehilfe

18 Jahre alt, welcher 3 Jahre bei einer größeren Krankenkasse tätig war, mit allen Arbeiten auf dem Gebiete der Krankenversicherung vertraut und flotter Maschinenschreiber ist, wünscht sich zu verändern. [1829]

Gefl. Zuschriften unter **G. S. Nr. 2087** an die Kanzlei der „Arbeiter-Versorgung" erbeten.

⁂ Kassengehilfe ⁂

19 Jahre alt, welcher $3^1/_2$ Jahre bei einer größeren Landkrankenkasse tätig war, mit allen Arbeiten auf dem Gebiete der Krankenversicherung vertraut und flotter Maschinenschreiber ist, wünscht sich zu verändern.

Gefl. Zuschriften unter **Kl. G. Nr. 2480** an die Kanzlei der „Arbeiter-Versorgung" erbeten. [1843]

Kassengehilfe

(Sekretär, Rendant),

der auf allen Gebieten der Arbeiterversicherung erfahren ist und das gesamte Kassen-, Rechnungs- und Unterstützungswesen einschließlich Reichsversorgungsgesetz gründlich beherrscht, gesucht. [1 22]

Gesuche mit Lebenslauf und Gehaltsansprüchen an die

Landkrankenkasse für den Kreis Bunzlau

erbeten.

✽ Ein Assistent ✽

gesucht. Besoldung nach Gruppe V der Besoldungsordnung für Staatsbeamte. Die Anstellung erfolgt auf Grund der Dienstordnung nach erfolgreicher Ablegung einer sechsmonatigen Probezeit.

Befähigte Bewerber wollen ihre Gesuche m. Zeugnisabschriften bis zum 1. April einreichen.

Wohnung für Verheiratete kann nicht zugesagt werden.

Andernach, den 9. März 1921.

Der Vorstand der [1836]

Allgem. Ortskrankenkasse Andernach-Stadt.

Bei der unterzeichneten Kasse ist möglichst bald

a) 1 Assistentenstelle
b) 1 Bürogehilfenstelle

zu besetzen. Verlangt wird

zu a) Kenntnis der Reichsversicherungsordnung und der für Krankenkassen in Frage kommenden sonstigen gesetzlichen Bestimmungen, Vertrautheit mit dem Melde- und Beitragswesen und Gewandtheit im Abfertigungsdienst;

zu b) Sicherheit und Gewandtheit im Rechnen und gute Handschrift.

Besoldung erfolgt nach der Dienstordnung, und zwar bei a) nach Gruppe V und bei b) nach Gruppe IV der Reichsbesoldungsordnung.

Geeignete und fähige Bewerber wollen umgehend Gesuche, Lebenslauf und Zeugnisabschriften einreichen.

Allgemeine Ortskrankenkasse für den Stadtkreis M.-Gladbach. [1840]

Der Vorsitzende: Jacob Stadeler.

Digitized by Google

Kassengehilfe

26 Jahre alt, ledig, seit 1914 bei größerer Krankenkasse tätig, an selbständiges Arbeiten gewöhnt, sowie mit den einschlägigen Gesetzesbestimmungen vertraut, wünscht sich zu verändern. Gefl. Angebote an Reinhard Heiber, Grünberg, Schlesien, Bahnhofstraße 7 erbeten. [1825]

Bei der unterzeichneten Kasse ist baldmöglichst die Stelle eines

Kassenassistenten

zu besetzen. Gefordert wird mehrjährige Tätigkeit im Krankenkassendienst, selbständiges Arbeiten, flottes und sicheres Rechnen. Derselbe muß im Abfertigungsdienst, Melde- und Beitragsberechnungswesen durchaus bewandert sein. [1823]

Anstellung erfolgt auf Grund der Dienstordnung nach erfolgreicher Ableistung einer sechsmonatigen Probedienstzeit. Besoldung vorbehaltlich der Genehmigung des Oberversicherungsamts nach Gruppe 5 der Reichsbesoldungsordnung.

Bewerbungen mit Lebenslauf und Zeugnisabschriften an

Allgemeine Ortskrankenkasse Werden-Ruhr.

Bei der unterzeichneten Verwaltung ist die Stelle eines

Gehilfen

(nicht unter 24 Jahren alt) in der Beitragsabteilung sofort zu besetzen. Bewerber müssen schon längere Jahre bei Krankenkassen gearbeitet haben und den Betrieb zentralisierter Kassen genau kennen. In erster Linie werden solche Bewerber berücksichtigt, die bei Abwesenheit des Kassierers diesen vertreten können. Vertrautheit mit allen Kassensachen (auch Jahresabschlußarbeiten) gleichfalls erwünscht. [1830]

Der Bewerbung sind ein selbstgeschriebener Lebenslauf, Zeugnisse über die seitherige Tätigkeit und ein Bild des Bewerbers beizufügen.

Bezahlung nach Gruppe IV der Reichsbeamten. Bei Bewährung besteht Aussicht auf Anstellung als Assistent (Gehaltsgruppe V).

Garbelegen, den 6. März 1921.

Kassenverband der Allgemeinen Ortskrankenkasse u. Landkrankenkasse f. d. Kreis Garbelegen.

Bei dem unterzeichneten Verlag ist erschienen und zu beziehen:

1. Arzneimittel-Handverkaufsliste und Magistralformeln

Preis M 5,— pro Exemplar exkl. Porto

2. Arznei-Verordnungsbuch für die Ärzte der Krankenkassen von Groß-Berlin

Preis M 10,— pro Exemplar exkl. Porto [1814]

Wir empfehlen jeder Krankenkasse, sich diese Bücher zu beschaffen.

Verlag d. Verbandes d. Krankenkassen Groß-Berlin
Berlin C 25, Alexanderstr. 39/40.

Die rechnende

SMITH PREMIER

Formular-Schreibmaschine

zur Herstellung der
Hebe- und Kassenbotenlisten
ist wieder lieferbar!

*

Separate rechnende Zahlentasten
Automatische Addition und Subtraktion
Vollkommene Tastatur
86 Kugellager [1813]

*

Adolph Steinhagen / Mannheim
Prinz-Wilhelm-Str. 8. Telephon 7260
Generalvertreter für Deutschland

Allgemeine Ruhegehaltsversicherung

Sitz: Weimar.

Deutscher Krankenkassen.

Rechtsfähig nach § 22 BGB.

Unter Aufsicht der Weimarischen Gebietsregierung

Rückversicherung von Krankenkassen gegen Ruhegehalt, Witwen- und Waisenversorgung, Heilverfahren für Angestellte im Dienste deutscher Krankenkassen. Nachversicherung bis 1. Januar 1913 ist zulässig. Die Leistungen entsprechen denen des Staates. Die Wartezeit beträgt 5 Jahre. Feste Beiträge ohne Nachschußverbindlichkeit. Weiterversicherung nicht mehr im Kassendienste tätiger Angestellten.

Beitrittsberechtigt sind alle im § 225 [1] RVO. genannten Krankenkassen, sowie die unter die §§ 406, 414 und 503 RVO. fallenden Verbände und Vereinigungen von Krankenkassen und Ersatzkassen.

Vermögen Ende 1920 über 800000 Mark.

Auskunft erteilt und Zusendung von Drucksachen bewirkt die Verwaltung Weimar, Postschließfach 15. [1817]

Digitized by Google

Wir suchen sofort einen

Buchhalter,

der auf allen Gebieten der Krankenversicherung erfahren ist und selbständig arbeitet. Bewerbungen mit Lebenslauf, Zeugnisabschriften und Angabe der Gehaltsansprüche erbeten an die

Landkrankenkasse des Kreises Beeskow-Storkow in Beeskow (Mark) [1835]

Die unterzeichnete Kasse sucht zum sofortigen Eintritt einen im Krankenkassendienst ausgebildeten

Gehilfen.

Geeignete Bewerber wollen ihre Gesuche mit Lebenslauf und Zeugnisabschriften unter Angabe ihrer Gehaltsansprüche und des frühesten Eintrittstages umgehend einreichen. [1837]

Allgem. Ortskrankenkasse für die Stadt Cleve.

Zum sofortigen Antritt, spätestens aber zum 1. April 1921 suchen wir einen

Assistenten

im Alter von 21 bis 30 Jahren.

Gefordert wird: Mehrjährige Tätigkeit bei Krankenkassen neben gründlicher Kenntnis der Bestimmungen der RVO. sowie flottes und sicheres Arbeiten.

Da die dem Verband angeschlossenen Kassen mit insgesamt etwa 3300 Mitgliedern und Familienhilfe kürzlich zentralisiert worden sind und vollständig bargeldlos arbeiten, werden Bewerber bevorzugt, die Kenntnisse in der Verwaltung einer vollständig zentralisierten Krankenkasse besitzen.

Die Bezahlnng erfolgt nach Gruppe V R. B. G.; gegebenenfalls erfolgt Anrechnung bei Krankenkassen zurückgelegter Dienstjahre. Außerdem ist die Stelle ruhegehaltsberechtigt.

Bewerbungen mit selbstgeschriebenem Lebenslauf und Zeugnisabschriften sind sofort an den unterzeichneten Kassenverband einzureichen.

Kassenverband der Allgemeinen Orts- und Landkrankenkasse für den Kreis Ilfeld im Harz. [1842]

Bei der unterzeichneten Kasse, die ungefähr 5500 Mitglieder zählt, ist baldigst die Stelle des

I. Assistenten

zu besetzen.

Es kommen nur Bewerber in Frage, die durch langjährige erfolgreiche Tätigkeit bei einer Krankenkasse nachweisen können, daß sie mit den Bestimmungen der RVO. völlig vertraut sind. Sie müssen in der Lage sein, den Geschäftsführer gelegentlich zu vertreten.

Probedienstzeit 6 Monate. Gehalt nach Gruppe VI der Reichsbesoldung sowie Besatzungszulage.

Bewerbungen unter Beifügung von Lebenslauf, Zeugnisabschriften und Lichtbild sowie Angabe des frühesten Dienstantritts erbeten.

Bad Godesberg (Rhein), den 10. März 1921.

Der Vorstand d. Allgemeinen Ortskrankenkasse der Bürgermeisterei Godesberg.

W. Maß, Vorsitzender. [1834]

Bei der unterzeichneten Kasse (etwa 9000 Mitglieder) ist die Stelle eines

Büro-Assistenten

sofort zu besetzen.

Bewerber müssen mit der RVO. und allen für die Krankenkasse in Frage kommenden gesetzlichen Bestimmungen völlig vertraut, im Kassen- und Verwaltungsdienst gut ausgebildet sein und selbständig arbeiten können. Die Kasse ist Einzugsstelle der Thüringischen Landesversicherungsanstalt.

Besoldung nach den Thüringischen Tarifsätzen. [1832]

Bewerbungen unter Beifügung eines Lebenslaufs sowie von Zeugnisabschriften umgehend an die

Allgemeine Ortskrankenkasse der Stadt Arnstadt (Thüringen).

Bei der unterzeichneten Kasse ist zum baldigen Antritt die Stelle eines

Sekretärs

zu besetzen.

Berücksichtigung findet nur erfahrene, mit allen einschlägigen Bestimmungen und mit der Buchhaltung vertraute Kraft. Nach sechsmonatiger Probedienstleistung erfolgt Anstellung nach der Dienstordnung. — Gehalt nach Gruppe VI der staatlichen Besoldungsordnung.

Während der Probedienstzeit wird das Mindestgehalt der Stelle gewährt.

Bewerbungen nebst selbstgefertigtem Lebenslauf sowie beglaubigten Zeugnisabschriften sind einzusenden. [1827]

Landkrankenkasse für die Provinz Lübeck-Eutin.

Bei der unterzeichneten Kasse, 6300 Mitglieder, ist sofort die Stelle eines

Kassenassistenten

zu besetzen. Gefordert wird mehrjährige Tätigkeit im Krankenkassendienst, selbständiges Arbeiten, flottes und sicheres Rechnen. Bewerber muß im Abfertigungsdienst, Melde- und Beitragsberechnungswesen durchaus bewandert und tüchtig sein.

Anstellung erfolgt auf Grund der Dienstordnung nach erfolgreicher Ableistung einer sechsmonatigen Probedienstzeit. Besoldung nach Gruppe V der Reichsbesoldungsordnung.

Bewerbungen nebst Lebenslauf u. Zeugnisabschriften sind einzusenden.

Beelitz, den 14. März 1921.

Allgemeine Ortskrankenkasse des Kreises Zauch-Belzig. [1838]

Bei der Verwaltung der unterzeichneten zentralisierten Kasse (9400) ist möglichst sofort die Stelle eines

Assistenten

zu besetzen.

Nach einhalbjähriger Probezeit Anstellung nach der Dienstordnung. Besoldung erfolgt nach Gruppe V der Reichsbesoldungsordnung.

Bewerber, nicht unter 19 Jahre alt, die mit den Bestimmungen der RVO., des Wochenhilfe- sowie Versorgungsgesetzes vollkommen vertraut sind und in der Melde-, Beitrags- und Krankenabteilung selbständig arbeiten können, wollen unter Beifügung eines lückenlosen Lebenslaufes, eines ärztlichen Gesundheitsattestes und beglaubigter Zeugnisabschriften ihre Gesuche umgehend bei der unterzeichneten Kasse einreichen. [1833]

Allgemeine Orts- und Landkrankenkasse für den Kreis Hameln in Hameln, Weserstraße 4.

Verlag der „Arbeiter-Versorgung", Bln.-Lichterfelde, Beddigenweg 64 — Druck: Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G.m.b.H., Berlin

Digitized by Google

6342 V

Heft 1337 der ganzen Folge

Jährlich erscheinen 36 Hefte, die am 1., 11. und 21. jedes Monats ausgegeben werden und mit Titel und Register einen abgeschlossenen Band bilden. Bezug erfolgt durch alle deutschen Postanstalten und den Verlag (nicht durch den Buchhandel) für halbjährlich 36 Mark frei ins Haus. Einzelhefte 3 Mark. Anzeigen: die vierspaltige Kleinzeile oder deren Raum 1 Mark, dazu Teuerungsaufschläge. Lieferungen ins Ausland nach dem jeweiligen Geldstande.

„Dem Schutz und der Würde der Arbeit."

Die Arbeiter-Versorgung

Älteste Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Prof. d. Rechte a. d. Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Prof. Dr. Rosin; Oberverwaltungs-Gerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Senatspräsident a. D., u. a. m.

Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde West, Weddigenweg 64

Postscheck-Verkehr: Nr. 21190 Amt Berlin. Fernsprecher: Nr. 689 Amt Lichterfelde

38. Jahrgang | 11. Dezember 1921 | Heft 35

Die Neubestellung der „Arbeiter-Versorgung" für das nächste Halbjahr muß jetzt ungesäumt erfolgen. Bezieher, die nicht an uns unmittelbar, sondern an ihr Bestell-Postamt Zahlung zu leisten gewohnt sind, erhalten in diesen Tagen vom Briefträger eine diesbezügliche Aufforderung vorgelegt. Wird diese nicht beachtet, so ist spätere Nachlieferung mit besonderen Kosten verknüpft und umständlich. Wer vom Verlag unmittelbar bezieht, darf natürlich nicht nochmals bei der Post bestellen!

Inhalt:

Abhandlungen: Seite

Die Auseinandersetzung zwischen Frankreich und Deutschland über die sozialen Versicherungen. Von Regierungsdirektor Dr. Sonderhoff in Hamburg (Schluß) 681

Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung:

A. Grundsätzliche Entscheidungen (Bescheide, Mitteilungen) des Reichsversicherungsamts: I. Unfallversicherung. — II. Kranken-, Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung 687

B. Zur Krankenversicherung:

Zu der durch das Sperrgesetz bedingten Gehaltsregelung der Kassenangestellten 687

Fortdauer der Pflichtmitgliedschaft bei vorübergehender Stillegung des Betriebs 688

Arbeitgeber von Ersatzkassenmitgliedern haben Lohnänderung auch dann nach § 318 RVO. zu melden, wenn sie ihre Beitragsteile an die Ersatzkasse einzahlen 689

Anspruch auf Ersatz der vollen Kosten selbstbeschaffter Krankenhauspflege in einem dringenden Falle? 689

C. Zur Unfallversicherung:

Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes bei Eigenbaubetrieben 690

Zum Anspruch des Versicherungsamts auf Kostenerstattung auf Grund des § 1598 RVO. . . 691

Sprechsaal:

Wartezeit für Mehrleistungen der Krankenkassen. Ein Vorschlag zu § 208 RVO. 692

Zur Höhe des Stillgeldes in der reichsgesetzlichen Wöchnerinnenfürsorge 693

(Fortsetzung des Inhaltsverzeichnisses auf nächster Seite.)

Baldige Benutzung des der letzten Umschlagseite dieses Heftes nochmals eingedruckten Bestellscheins empfehlen wir dringend, da Lieferungsmöglichkeit später zweifelhaft ist. „Arbeiter-Versorgung"

Digitized by Google

Seite

Mitteilungen. — Kurze Erörterungen:

Vorläufiges Ergebnis der Zählung der Geschlechtskranken im Jahre 1919 694
Zur Frage der Zusammenlegung der Angestellten- und Invalidenversicherung 694
Die Versicherungspflicht des kaufmännischen Personals 696
Rechtsmittel in Militärversorgungssachen 696

Beantwortung von Anfragen:

Angestellte in gehobener Stellung 697
Versicherungspflicht der Ehefrau eines Schuldieners 697
Ermessen der Kasse bei Gewährung des Zuschusses zu größeren Heilmitteln (§ 193 Abs. 1 RVO.) 697
Familienwochenhilfe in Grenzbezirken 698
Krankengeld neben Bezug von Ruhegeld aus der Angestelltenversicherung 698
a) Hausgeld, wenn mehrere Angehörige vorhanden sind (§ 186 RVO.). — b) Wiedereintritt eines Weiterversicherten in eine höhere Lohnstufe (§ 313 RVO) 698
Wird ein Handwerksmeister versicherungspflichtig, wenn er auch Arbeiten für einen anderen Meister ausführt? 698
Gewährung von Krankenkost nach § 193 Abs. 2 RVO. 698
Zulassung von Zahntechnikern zur Behandlung Versicherter 698
Sofortige Entlassung eines Kassenarztes wegen vertragswidrigen Verlangens von Sondervergütungen 699
Umfang der Leistungen bei Familienhilfe. — „Kleinere" Heilmittel. — Gebühr für Brillenbestimmung. — Kein Übergang des Anspruchs gegen den Schwängerer auf die Kasse bei Fehlgeburt 699
Berechnung des Grundlohnes und der Beiträge für Dienstboten 699
Verlust der Wählbarkeit als Vertrauensmann der Arbeitgeber bei der Angestelltenversicherung? 699

Tüchtiger, strebsamer Kassengehilfe,

21 Jahre alt, zur Zeit in ungekündigter Stellung bei einer 7500 Mitgl. zählenden Ortskrankenkasse, sucht, gestützt auf gute Zeugnisse, anderweitig Stellung.

Gefl. Zuschriften unter H. K. Nr. 7960 an die Kanzlei der „Arbeiter-Versorgung" erbeten. [2099]

★ Kassengehilfe ★

23 Jahre alt, bei einer 7500 Mitglieder zählenden Ortskrankenkasse tätig, wünscht sich zu verändern. Gefl. Angebote werden unter K. G. Nr. 7890 an die Kanzlei der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64, erbeten. [2095]

Assistent

22 Jahre, seit 1914 bei größerer Ortskrankenkasse tätig, mit dreijähriger Lehrzeit, sucht zwecks schnelleren Fortkommens Stellung als solcher bei kleinerer Orts- oder Landkrankenkasse in der Rheinprovinz. Gesuchsteller ist besonders im Kassendienst erfahren, sowie mit den einschlägigen Bestimmungen der RVO. vertraut.

Zuschriften erbeten unter S. D. Nr. 7726 an die Kanzlei der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64. [2085]

◘ Kassengehilfe ◘

23 Jahre alt, bei einer ungefähr 7000 Mitgl. zählenden Landkrankenkasse beschäftigt, welcher die Anstellungsprüfung abgelegt hat, sucht sich möglichst als Assistent bei einer größeren Orts- oder Landkrankenkasse in Mittel- oder Süddeutschland zum 1. Januar 1922 zu verändern. Suchender ist auf allen Gebieten der Krankenversicherung und mit den einschlägigen Bestimmungen der RVO. bestens vertraut und beherrscht Stenographie und Schreibmaschine. Gute Zeugnisse können vorgelegt werden.

Gefällige Zuschriften erbeten unter A. B. Nr. 7776 an die Kanzlei der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64. [2089]

Approbierter Apotheker,

der infolge Unfalles seine seitherige Stellung aufgeben muß,

sucht eine Stellung,

wo er im Sitzen Medikamente anfertigen, schriftliche Arbeiten, Taxieren der Rezepte oder ähnliche Beschäftigung übernehmen kann. Nötigenfalls 2 bis 3 Std. am Tag Besorgung der Rezeptur im Stehen.

Gütige Zuschriften befördert unter E. Sch. Nr. 7623 die Kanzlei der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64. [2080]

Älterer Zahnarzt

Dr., Leiter großer Klinik eines Reservelazaretts, vertraut mit dem Versorgungswesen der Kriegsbeschädigten, langjähriger Kassenzahnarzt,

sucht Niederlassung

im Einvernehmen mit einer Krankenkasse, oder auch Anstellung. Gefl. Angebote unter R. B. Nr. 7630 an die Kanzlei der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64, erbeten. [2081]

Geschäftsführer

einer größeren Betriebskrankenkasse, in der gesamten Verwaltungsgesetzgebung ausgebildeter Fachmann (Verwaltungsmann), 24 Jahre alt — ledig —, der besonders mit der Sozialversicherung (Vers. Gesetz) vertraut ist, sucht, gestützt auf gute Zeugnisse,

leitende Stellung

als zweiter Beamter einer Betriebskrankenkasse oder sonstigen leitenden Posten bei Krankenkasse, am liebsten in Süddeutschland oder Rheinland.

Gefl. Zuschriften erbeten unter E. Sch. Nr. 7625 an die Kanzlei der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64. [2077]

Fortsetzung der Personal-Anzeigen auf der dritten Seite.

Digitized by Google

Kassengehilfe

in ungekündigter Stellung, 21 Jahre alt, bewandert in den Bestimmungen der R. V. O. und sonstiger Gesetzgebung sowie Kassen- und Rechnungsführung, Stenographie und Schreibmaschine sucht Stellung. Selbständiges Arbeiten gewohnt. [2108]

Gefl. Angebote unter **D. A. Nr. 8427** an die

Kanzlei d. Arbeiter-Versorgung i. Berlin-Lichterfelde erbeten.

Wir suchen zum 1. Januar 1922 einen

tüchtigen Verwaltungsbeamten

nicht unter 21 Jahren, welcher mehrjährige erfolgreiche Tätigkeit im Krankenkassenwesen nachweisen kann und mit den Bestimmungen der R. V. O. und R. V. G. vertraut ist.

Bezahlung nach Gruppe 5, später nach 6 des R. V. G.

Bewerbungen sind einzureichen an die

Allgemeine Ortskrankenkasse Herne in Westfalen, Schulstraße 24. [2109]

Bekanntmachung.

Infolge anderweitiger Berufung des derzeitigen Stelleninhabers ist bei unterfertigtem Kassenverband sofort oder bis längstens 1. Dezember 1921 die Stelle eines

Verwaltungsassistenten

nach Gruppe V der Bayerischen Besoldungsordnung zu besetzen. Bewerber, die über eine längere Tätigkeit im Krankenkassendienste verfügen, an selbständiges Arbeiten gewöhnt, mit allen einschlägigen Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung und des Reichsversorgungsgesetzes vollständig vertraut, auch die Schreibmaschine beherrschen und stenographiekundig sind, wollen Bewerbungsgesuche nebst Lebenslauf und Zeugnisabschriften unter Beigabe eines ärztlichen Gesundheitszeugnisses sofort einsenden. Die Kasse ist Mitglied des Bayer. Versorgungsverbandes. [2100]

Vohenstrauß, am 9. November 1921.

Kassenverband der Land- und allg. Ortskrankenkasse Vohenstrauß.

Ries.

Unterzeichnete Kasse sucht zum möglichst baldigen Eintritt einen tüchtigen

Kassengehilfen.

Gefordert werden gründliche Kenntnisse der Bestimmungen der Sozialversicherung und selbständiges Arbeiten.

Besoldung erfolgt nach der RBO.

Gesuche mit Zeugnisabschriften und Lebenslauf sind alsbald zu richten an [2097]

Allgem. Ortskrankenkasse des Stadtkreises Oppeln.

Selten preiswertes Angebot!

Sanatorium in herrl. Gegend Schlesiens mit 55 Zimmern, 160 Betten, reichl. Inventar, Lesesaal, Bade- und Behandlungszimmer, 19 Mg. schönen Park, Holzbestand über 200 000 Taxe, 3 Fischteiche, herrl. Felsenpartien am Flusse gelegen, Wirtschafts-, Restaurations-, Kutscher- und Stallgebäude, Gärten und Wiesen. Gebäudetaxe allein 1¼ Million Wert ohne Inventar, Preis M 1 250 000 — Hyp. M 725 000 — Anzahlung nach Vereinbarung, Krankheitshalber sofort zu verkaufen.

Dahlke, Muskau, Mittelstr. 289. Tel. 185.

Hotel des Ober-Harzes

in sehr gesunder und ruhiger Höhenlage, rings umgeben von meilenweiten ozonreichen Nadelwäldern, anerkannt vorzüglich geleitet und ärztlich empfohlen,

sucht Verbindung mit größerer Krankenkasse oder dgl. zwecks Aufnahme erholungsbedürftiger Mitglieder.

Da eigene Land- und Viehwirtschaft vorhanden ist, können günstige Bedingungen gestellt werden. Post- und Eisenbahnstation, Arzt und Apotheke vorhanden.

Gefl. Zuschriften unter **E. F. Nr. 7516** erbeten an die Kanzlei der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64. [2069]

Wir brauchen dringend

nachstehend bezeichnete Hefte unserer Zeitschrift

1912 Heft 3, 10, 27, 32
1913 Heft 30, 32, 35
1914 Heft 6 und 17
1918 Heft 26 u. Register
1919 Heft 4

und bitten bei Entbehrlichkeit um deren Rücksendung in guter Verpackung gegen angemessene Vergütung. Besten Dank im voraus!

Verlag der „Arbeiter-Versorgung"
Berlin-Lichterfelde.

EINE ERNSTE MAHNUNG

Es ist eine der vornehmsten Pflichten des Menschen, seinen Angehörigen ein wohlbestelltes Haus zu hinterlassen. Unsern Lesern empfehlen wir eindringlich, sich rechtzeitig über die wirtschaftlichen Notwendigkeiten u. die rechtlichen Folgen zu vergewissern, die der Abschluß des Lebens mit sich bringt. In jedem Falle muß die Buchführung geordnet sein, nicht bloß des Kaufmanns, sondern auch des Handwerkers und Beamten; nicht allein des Mannes, sondern auch der Frau in ihrem kleineren Wirkungskreise. Geordnet und gesichert gegen Feuer und Diebstahl müssen auch alle wichtigen Papiere aufbewahrt werden. Noch in gesunden Tagen schreite man zur Errichtung eines Testaments. Gewissenhafte Aufklärung über alle diese Fragen findet man in dem Buche

DIE SCHULD DES LEBENS AN DEN TOD

Wirtschaftliche Ratschläge zum Lebensabschluß / von Amtsgerichtsrat M. Lithow

Aus reichem Erfahrungsschatz bietet in zwangslosem Plauderton ein mit den Nöten des Lebens vertrauter Richter hier eine Fülle wertvoller Belehrungen. Das nützliche Buch sollte in jeder Familie vorhanden sein. Man bestellt es durch Einzahlung von 3 Mark mittels einer blauen Postscheck-Zahlkarte auf das Postscheckkonto Berlin 21 190 für den Verlag „Gesetz und Recht" in Berlin-Lichterfelde. Die Zusendung erfolgt dann postfrei.

Die von mir bearbeitete

Zeitabschnitts-Berechnungstafel für die Krankenversicherung

ist für alle Jahre (auch Schaltjahre) verwendbar und sollte in keiner Krankenkasse fehlen.

Auf Wunsch übersende ich die Tafel zur Ansicht.

Diejenigen Kassen, welchen ich die Tafel vor einigen Wochen zustellte und welche sie bisher nicht bezahlt haben, werden gebeten, den Betrag dafür baldigst meinem Postscheckkonto Berlin 125 875 zu überweisen.

Die bisher eingegangenen Nachbestellungen zeugen für die Güte der Tafel. Preis 3 Mark. [2082]

F. Gerlach, Verw. Sekr., Freienwalde (Oder).

Digitized by Google

Wichtiges Angebot für alle Bezieher der „Arbeiter-Versorgung"

Einband-Decken für 1921 und frühere Jahrgänge

von „Gesetz und Recht", ebenso fehlende Einzelhefte können wir jetzt, nachdem aufs neue anastatische Neudrucke fertiggestellt sind, wieder liefern, solange die Vorräte reichen. Es bietet sich also nach langer Zeit die Möglichkeit, Lücken auszufüllen.

Unsern mit so großem Beifall aufgenommenen

Schreibtisch-Kalender

haben wir auch für 1922 herstellen lassen. In der Größe von 11 zu 16 cm mit besonders scharfen Lettern übersichtlich auf schönen weißen Karton gedruckt, bietet er ein vortreffliches Hilfsmittel für Büro und Haus. Gefaltet findet er in jeder Brieftasche Platz und ist als kleines praktisches Geschenk überall willkommen. Preis 1 bis 10 Stück je 50 Pf., 11 Stück und mehr, wenn auf einmal bezogen, je 40 Pf. Bei dem wohlfeilen Bezugspreise wird die Auflage rasch vergriffen sein, weshalb wir den Herren Beamten der einzelnen Kassen und Behörden Sammelbezüge unter Benutzung unseres Bestellscheins empfehlen.

Ferner empfehlen wir die nachstehend aufgeführten, anerkannt recht brauchbaren, neu erschienenen Bücher:

Die Reichsversicherungsordnung in ihrer jetzigen Fassung

und die zu ihrer Ausführung oder Änderung ergangenen Vorschriften

Von Geh. Regierungsrat Dr. H. Schulz, Ministerialrat im Reichsarbeitsministerium.
523 Seiten. Preis geb. ungefähr 60,— M.

Die innere Anlage und die äußere Gestaltung des Buches machen es zu einem zuverlässigen Führer durch den Irrgarten des so arg zerklüfteten Gesetzes.

Die Krankenversicherung in neuester Fassung

Bearbeitet von J. Eckert und W. Herrmann, Hilfsarbeitern im Reichsarbeitsministerium.
Preis ungefähr 22,— M.

Die Verhältnisse haben ein offenkundiges Bedürfnis nach einer neuen Handausgabe des Gesetzes geschaffen, das durch die obige Ausgabe befriedigt werden soll.

Das Reichs-Versorgungsgesetz vom 12. Mai 1920

Ausführlicher Kommentar von Landesrat Seelmann.
Preis ungefähr 36,— M.

Allen Krankenkassen, Versorgungsämtern, Fürsorgestellen und Versicherungsanstalten wird die vorliegende Bearbeitung des Gesetzes willkommen sein. Ein ausführliches Sachregister erschließt den reichen Inhalt des Werkes.

Krankenkassenwahlen.

Ein Leitfaden für Krankenkassen und Versicherungsämter.

Von Direktor Dr. Heinz Jaeger. / Preis ungefähr 11,— M

Zahlreiche sachgemäße Beispiele und Formblätter dienen dazu, den reichen, zum Teil doch recht verwickelten Stoff faßlich zu gestalten.

Unter den heutigen Zeitverhältnissen können Preise nur ungefähr angegeben werden. Da sie anscheinend erheblich steigen werden und auch die Postgebühren erhöht werden sollen, empfiehlt sich schleunige Benutzung des hierunter abgedruckten Bestellscheins.

Berlin-Lichterfelde. **Verlag der „Arbeiter-Versorgung".**

Gefl. sofort auszuschneiden, auszufüllen und im Briefumschlag freigemacht abzusenden.

Bestellschein

Beim Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64, werden zu baldiger direkter Lieferung bestellt:

..... Stück: Einband-Decke zur „Arbeiter-Versorgung" Jahrg. 1921

..... Stück: Einband-Decke zur „Arbeiter-Versorgung" früherer Jahrgänge, nämlich .....

..... Stück: Einzelheft „Arbeiter-Versorgung" 1921

..... Stück: Einzelheft „Arbeiter-Versorgung" aus früheren Jahrgängen, nämlich .....

..... Stück: Schreibtisch-Kalender 1922

..... Stück: Die Reichsversicherungsordnung in ihrer jetzigen Fassung. Von Ministerialrat Dr. Schulz.

..... Stück: Die Krankenversicherung in neuester Fassung. Von J. Eckert und W. Herrmann.

..... Stück: Das Reichsversorgungsgesetz vom 12. Mai 1920. Ausführl. Kommentar von Landesrat Seelmann.

..... Stück: Krankenkassenwahlen. Von Dir. Dr. H. Jaeger.

Unterschrift (Name, Wohnung und Datum):

.....

Digitized by Google

(-2424-)

Heft 1338 der ganzen Folge

Jährlich erscheinen 36 Hefte, die am 1., 11. und 21. jedes Monats ausgegeben werden und mit Titel und Register einen abgeschlossenen Band bilden. Bezug erfolgt durch alle deutschen Postanstalten und den Verlag (nicht durch den Buchhandel) für halbjährlich 36 Mark frei ins Haus. Einzelhefte 3 Mark. Anzeigen: die vierspaltige Kleinzeile oder deren Raum 1 Mark, dazu Teuerungszuschläge. Lieferungen ins Ausland nach dem jeweiligen Geldstande.

„Dem Schutz und der Würde der Arbeit."

Die Arbeiter-Versorgung

Älteste Zeitschrift für die gesamte Sozialversicherung im Deutschen Reiche

Gegründet 1884 von J. Schmitz, fortgeführt 1891 von Dr. P. Honigmann und 1906 von Dr. J. Troschel.

Herausgegeben unter Mitarbeit der Herren: Geh. Justizrat Dr. Conrad Bornhak, Prof. d. Rechte a. d. Universität Berlin; Geh. Justizrat J. Hahn; Wirkl. Geh. Ober-Reg.-Rat Dr. F. Hoffmann; Geh. Rat Prof. Dr. Rosin; Oberverwaltungs-Gerichtsrat Dr. K. Weymann; Geh. Reg.-Rat Dr. Zacher, Senatspräsident a. D., u. a. m.

Verlag der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde West, Weddigenweg 64

Postscheck-Verkehr: Nr. 21190 Amt Berlin. Fernsprecher: Nr. 680 Amt Lichterfelde

38. Jahrgang | 21. Dezember 1921 | Heft 36

Die Neubestellung der „Arbeiter-Versorgung" für das nächste Halbjahr muß jetzt ungesäumt erfolgen. Bezieher, die nicht an uns unmittelbar, sondern an ihr Bestell-Postamt Zahlung zu leisten gewohnt sind, erhielten in den letzten Tagen vom Briefträger eine bezügliche Aufforderung vorgelegt. Wird diese nicht beachtet, so ist spätere Nachlieferung mit besonderen Kosten verknüpft und umständlich. Wer vom Verlag unmittelbar bezieht, darf natürlich nicht nochmals bei der Post bestellen!

Inhalt:

Titel und Inhaltsverzeichnis zum abgeschlossenen 38. Jahrgang der „Arbeiter-Versorgung"

Umfassend Seite I bis XXIV

(Gesetzestafel, Abhandlungen, Mitteilungen, Gesetzgebung u. Verwaltung, Entscheidungen, Angezeigte Schriften, Wortverzeichnis)

☛ Den Herren Beamten und Angestellten der Reichs-Sozialversicherung liefern wir, um ihre berufliche Fortbildung zu fördern, für den persönlichen Gebrauch je 1 Stück unserer Zeitschrift zum ermäßigten Halbjahrspreise von nur 32 Mark frei ins Haus. Bestellungen ab 1. Januar 1922 erbitten wir baldigst unmittelbar an uns unter genauer Angabe von Namen, Rang, Dienststelle und Wohnung auf Postkarte.

Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64. Verlag der „Arbeiter-Versorgung".

Digitized by Google

Jüngerer Kassengehilfe

17½ Jahre alt, seit 4 Jahren bei einer mittleren Ortskrankenkasse tätig, wünscht sich zu verändern. Suchender ist mit sämtlichen in der Kranken- und Invalidenversicherung vorkommenden Arbeiten sowie mit den einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen bestens vertraut.

Gefl. Angebote unter **P. F. Nr. 8537** an die Kanzlei der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64, erbeten. [2110]

★ Kassengehilfe ★

23 Jahre alt, bei einer 7500 Mitglieder zählenden Ortskrankenkasse tätig, wünscht sich zu verändern. Gefl. Angebote werden unter **K. G. Nr. 7890** an die Kanzlei der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64, erbeten. [2095]

Strebsamer junger Mann,

welcher bei einer Krankenkasse längere Zeit die Wochenhilfesachen selbständig bearbeitet sowie die Melde- und Beitragsberechnungsstelle geführt hat, auch mit der sozialen Gesetzgebung bestens vertraut ist,

sucht sofort Stellung.

Gefl. Zuschriften unter **H. P. Nr. 8581** an die Kanzlei der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde erbeten. [2117]

Kassengehilfe

in ungekündigter Stellung, 21 Jahre alt, bewandert in den Bestimmungen der R. V. O. und sonstiger Gesetzgebung sowie Kassen- und Rechnungsführung, Stenographie und Schreibmaschine, sucht Stellung. Selbständiges Arbeiten gewöhnt. [2108]

Gefl. Angebote unter **D. A. Nr. 8427** an die Kanzlei d. Arbeiter-Versorgung i. Berlin-Lichterfelde erbeten.

Geschäftsführer

einer größeren Betriebskrankenkasse, in der gesamten Verwaltungsgesetzgebung ausgebildeter Fachmann (Verwaltungsmann), 24 Jahre alt — ledig —, der besonders mit der Sozialversicherung (Vers. Gesetz) vertraut ist, sucht, gestützt auf gute Zeugnisse,

leitende Stellung

als zweiter Beamter einer Betriebskrankenkasse oder sonstigen leitenden Posten bei Krankenkasse, am liebsten in Süddeutschland oder Rheinland.

Gefl. Zuschriften erbeten unter **E. Sch. Nr. 7628** an die Kanzlei der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64. [2077]

Kassengehilfe

21 Jahre alt, zurzeit in ungekündigter Stellung, mit den einschlägigen Bestimmungen der R.-V.-O. und R.-V.-G. vertraut, gestützt auf gute Zeugnisse, **sucht in oder in der Nähe Hamburgs alsbald Stellung.** Suchender wird durch Familienverhältnisse zur Aufgabe seiner jetzigen Stellung gezwungen.

Zuschriften erbeten unter **W. H. Nr. 8758** an die Kanzlei der „Arbeiter-Versorgung". [2120]

Suchen Sie eine neue Stelle?

Dann setzen Sie eine zweckmäßig abgefaßte Anzeige in die „Arbeiter-Versorgung". Bei deren großer Verbreitung werden Sie gewiß bald zusagende Angebote erhalten.

Geschäfts- und Kassenführer

einer Allg. Ortskrankenkasse in Hessen-Nassau (gegen 3000 Mitglieder) sucht sich zu verändern. 43 Jahre alt, gesund, gewissenhaft und arbeitsfreudig. Mit der gesamten Sozialgesetzgebung, der Reichsversorgungsordnung und den zivil- und staatsrechtlichen Bestimmungen sowie der gesamten Buch- und Rechnungsführung auf Grund langjähriger Tätigkeit vollkommen vertraut.

Gegebenenfalls auch Tausch.

Besoldung nach Gruppe VII der RBO. mit Aufrückungsmöglichkeit nach Gruppe VIII. Schöne Dienstwohnung vorhanden.

Antritt kann sofort erfolgen.

Angebote unter **R. E. Nr. 8510** an die Kanzlei der „Arbeiter-Versorgung" in Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64, erbeten. [2112]

Der Stellenanzeiger der „Arbeiter-Versorgung"

enthält auch im vorliegenden Heft zahlreiche wichtige Ausschreibungen und Gesuche, deren aufmerksame Beachtung empfohlen sei. Man versäume nicht, die bewährte Mitwirkung unserer Zeitschrift, des ältesten Fachblattes auf dem Gesamtgebiet der deutschen Sozialversicherung, im Bedarfsfalle stets in Anspruch zu nehmen.

Fortsetzung der Personal-Anzeigen auf der dritten Seite.

Digitized by Google

Zum baldigen Eintritt suchen wir

* zwei Kassengehilfen *

im Alter von 18–21 Jahren. Gefordert werden gründliche Kenntnisse der Bestimmungen der Sozialversicherung und selbständiges Arbeiten.

Besoldung erfolgt nach der RVO.

Gesuche mit Zeugnisabschriften und Lebenslauf, möglichst auch mit Bild sind zu richten an [2105]

Landkrankenkasse des Landkreises Herford in Herford in Westfalen.

Wir suchen zum 1. Januar 1922 einen

tüchtigen Verwaltungsbeamten

nicht unter 21 Jahren, welcher mehrjährige erfolgreiche Tätigkeit im Krankenkassenwesen nachweisen kann und mit den Bestimmungen der R.V.O. und R.V.G. vertraut ist.

Bezahlung nach Gruppe 5, später nach 6 des R.B.G.

Bewerbungen sind einzureichen an die

Allgemeine Ortskrankenkasse Herne in Westfalen, Schulstraße 24. [2109]

Wir suchen

1 Sekretär und 1 Verwaltungsassistenten.

Der Sekretär muß alle für den Krankenkassen-Verwaltungsdienst einschlägigen Rechtsgebiete beherrschen, in allen Sparten dieses Dienstes vollständig bewandert, an selbständiges Arbeiten auch in schwierigeren Angelegenheiten gewöhnt und in der Lage sein, den leitenden Beamten der Kasse zu vertreten. Er muß außerdem die Prüfung für den mittleren Arbeiterversicherungsdienst oder eine gleichartige Prüfung bestanden haben.

Der Assistent muß im Verwaltungsdienst einer Krankenkasse gut durchgebildet sein, den formalen Kassendienst vollständig beherrschen und über eine Gesetzeskenntnis verfügen, die ihn insbesondere zur selbständigen Erledigung der laufenden Geschäfte in der Melde- und Beitrags-, sowie in der Unterstützungsabteilung befähigt.

Der Sekretär wird nach der Gruppe VI, der Assistent nach der Gruppe V der Reichs-Besoldungsordnung besoldet. Weißenburg ist in der Ortsklasse D.

Der Eintritt hat **am 1. Januar 1922** zu erfolgen. Gesuche mit genauer Beschreibung des Lebenslaufes sind — belegt mit Dienst- und Prüfungszeugnissen — **sofort** einzureichen.

Weißenburg i. B., den 30. November 1921.

Verband der allgemeinen Ortskrankenkassen Weißenburg i. B. — Stadt und Land
Der Vorsitzende: Raab.

Wir suchen zu mögl. sofortigem Eintritt tüchtigen, zuverlässigen

Beamten aus der Krankenkassenverwaltung

für unsere Betriebskrankenkasse, zunächst als Hilfskraft mit Anwartschaft auf den Posten als Geschäftsführer der Kasse. Ausführliche Bewerbungen mit Zeugnisabschriften an [2090]

C. A. F. Kahlbaum Chemische Fabrik G. m. b. H. Adlershof bei Berlin.

Bei der unterzeichneten Kasse — etwa 13 000 Mitglieder und Einzugsstelle der Invalidenversicherung — ist die Stelle eines

★ Assistenten ★

möglichst sofort zu besetzen.

Bewerber, nicht unter 23 Jahren alt, müssen mit den Bestimmungen der RVO. und den sonstigen für Krankenkassen in Frage kommenden Gesetzen vertraut und an flottes, zuverlässiges Arbeiten gewöhnt sein. In der Hauptsache wird dem Stelleninhaber die Bearbeitung des Rechnungswesens und Erledigung der Abrechnungen mit den Versicherungsträgern obliegen. Anstellung erfolgt nach der Dienstordnung, die eine Bezahlung nach Gruppe V des Reichsbesoldungsplanes vorsieht. Teuerungszulagen werden nach den Sätzen der Ortsklasse A gewährt. Bei zufriedenstellenden Leistungen und nach der Ablegung einer Fachprüfung ist demnächst Aussicht auf Beförderung zum Sekretär vorhanden.

Bewerbungsgesuche mit Lebenslauf, beglaubigten Zeugnisabschriften sind zu richten an die [2104]

Allgemeine Ortskrankenkasse Velbert (Rhld).

Die „Arbeiter-Versorgung" ist gerade für den in der Ausbildung begriffenen Sozialversicherungs-Beamten unerläßlich, da sie dem Lernenden tieferes Verständnis für die vielen Neuerungen der sozialen Gesetzgebung beibringt. Ich bitte daher um fortlaufende Zusendung Ihrer Zeitschrift.

K. P., Stadtassistent in J., 2. 7. 21.

Ähnliche Zuschriften laufen ununterbrochen bei uns ein. Kein strebsamer Kassenbeamter sollte versäumen, die „Arbeiter-Versorgung" für den eigenen Gebrauch zu bestellen, wofür wir trotz ungünstiger Zeitverhältnisse bekanntlich nur den ermäßigten Preis von 32 M halbjährlich berechnen. Zuschriften erbitten wir unmittelbar an uns.

Berlin-Lichterfelde, Weddigenweg 64.

Verlag der „Arbeiter-Versorgung".

Beschwerden über Ausbleiben von Heften und Anträge auf Nachlieferung sind nicht an uns, sondern stets ohne Zeitverlust an die zuständige Postanstalt zu richten, da wir die einzelnen Hefte jeweils nach Fertigstellung in der angemeldeten Anzahl dem Postzeitungsamt in Berlin zur Weiterbeförderung abliefern lassen.

Verlag der „Arbeiter-Versorgung".

Fortsetzung der Personal-Anzeigen auf der letzten Seite.

Digitized by Google

Bei der Verwaltung der unterzeichneten, völlig zentralisierten Kasse (6000 Mitglieder) ist möglichst bald die Stelle eines

* Kassengehilfen *

zu besetzen. Im Krankenkassendienst ausgebildete Bewerber wollen sich unter Angabe des Antrittstages und Einsendung eines Lebenslaufes und Zeugnisabschriften umgehend melden. Besoldung nach Gruppe IV der Reichsbesoldungsordnung. [2111]

Landkrankenkasse des Kreises Springe in Springe am Deister.

Die unterzeichnete Kasse sucht zum 1. Januar 1922

2 tüchtige Kassenangestellte.

Gefordert werden gründliche Kenntnisse der Sozialversicherung, speziell der Krankenversicherung. Schriftliche Bewerbungen mit Zeugnisabschriften sind zu richten an die

Allgemeine Ortskrankenkasse für Berlin-Tempelhof, Theodorstraße 5a. [2115]

Jüngerer Kassengehilfe

der nach Anleitung selbständig arbeitet, zu sofort gesucht.

Mehrjährige Tätigkeit bei einer Krankenkasse erwünscht.

Besoldung nach dem Reichsteiltarif.

Bewerbungen nebst Unterlagen sind umgehend einzureichen an die [2119]

Landkrankenkasse Schönlanke an der Ostbahn.

Wir suchen zu möglichst baldigem Antritt einen gut

ausgebildeten Kassengehilfen

nicht unter 25 Jahren, der mehrjährige Tätigkeit im Kassendienst nachweisen kann. Bewerbungen mit Gehaltsansprüchen und Angaben über die bisherige Tätigkeit sind zu richten an die

Allgem. Ortskrankenkasse Bremerhaven. [2116]

Von der unterzeichneten Kasse mit ungefähr 10000 Mitgliedern wird zum sofortigen Antritt ein

Bürogehilfe gesucht.

Geeignete Bewerber, nicht unter 22 Jahren, die eine mehrjährige Tätigkeit im Krankenkassen- und Rechnungswesen, selbständiges Arbeiten, flottes und sicheres Rechnen nachweisen können, wollen unter Beifügung eines Lebenslaufes und beglaubigter Zeugnisabschriften ihre Gesuche umgehend bei der unterzeichneten Kasse schriftlich einreichen.

Die Besoldung erfolgt nach Gruppe 5 der Reichsbesoldungsordnung. [2118]

Casseler Knappschaftsverein, Cassel.

Wir suchen zum baldigen Eintritt einen fleißigen

jüngeren Hilfsarbeiter,

der im Krankenkassendienst längere Zeit gearbeitet haben muß. Leute, die Stenographie und Schreibmaschine beherrschen, erhalten den Vorzug. Gehalt nach dem Tarif des Hauptverbandes mit dem Zentralverband. Tüchtige Bewerber wollen Lebenslauf und Zeugnisse und, wenn möglich, auch Lichtbild einsenden an die [2013]

Allgemeine Ortskrankenkasse in Freiberg in Sachs.

Bei unserer Verwaltung ist die

Stelle des Bürovorstehers

(stellv. Geschäftsführers) zu besetzen.

Es kommen nur energische und arbeitsfreudige, nicht unter 30 Jahren alte Bewerber in Frage, die mit der gesamten Sozialversicherung, insbesondere der Krankenversicherung vertraut sind und sich bereits in leitender Stelle bewährt haben.

Während der sechsmonatigen Probedienstzeit Gehalt nach Gruppe 9 des Reichsbesoldungsgesetzes mit allen Zulagen der Ortsklasse A und Besatzungszulage. Bei Bewährung feste Anstellung mit Anspruch auf Ruhegehalt. Bei anderen Versicherungsträgern verbrachte Dienstzeit wird g. F. auf das Besoldungs- und Ruhegehaltsdienstalter angerechnet. [2113]

Bewerbungen mit Lebenslauf, Zeugnisabschriften und Lichtbild wolle man baldigst hierher einreichen.

Köln-Hermülheim, den 7. Dezember 1921.

Der Vorstand der Allgemeinen Ortskrankenkasse für den Landkreis Köln

Hof, Vorsitzender.

Bekanntmachung.

Hierdurch machen wir bekannt, daß der bisherige Sitz der Allgemeinen Ortskrankenkasse Lützen von Lützen nach Leuna Werke (Krs. Merseburg) verlegt worden ist. Die mit uns im Verkehr stehenden Behörden und Versicherungsträger bitten wir, künftig nachstehende Adresse zu benutzen:

Allgemeine Ortskrankenkasse Lützen Sitz Leuna Werke (Krs. Merseburg).

Leuna Werke, den 12. Dezember 1921. [2114]

Der Kassenvorstand:

Böttcher, Vorsitzender.

---

* Hilfsmittel *
für den Schreibtisch unserer Leser

„Gesetz und Recht"

Zeitschrift für allgemeine Rechts- und Staatskunde

unterrichtet fortlaufend in gemeinverständlichen, anregend geschriebenen Veröffentlichungen über alles das, was auf den verschiedenen Gebieten des Rechts dem deutschen Staatsbürger zu wissen not tut. Sie ist unentbehrlich, um sich in der Flut neuer Gesetze — man denke nur an die zahlreichen Steuern — zurechtzufinden und sich vor Schaden zu hüten. Für Kassen besonders wichtig. Halbjahrspreis nur M 18,—. / Probeheft auf Wunsch zur Ansicht.

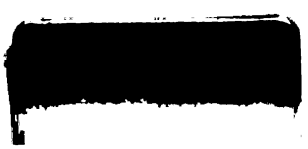
Verlag der „Arbeiter-Versorgung"
*** Berlin-Lichterfelde 3 ***

Verlag der „Arbeiter-Versorgung", Berlin-Lichterfelde, Moltkedamm 64 — Druck von Ernst Siegfried Mittler und Sohn, Buchdruckerei G. m. b. H., Berlin SW 68

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google



Digitized by Google

Digitized by Google